

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1966.

THÈSE

N° 76

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Françoise FOURNET née FINON

le 31 décembre 1937 à Provins (Seine-&-Marne)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine.

Présentée et soutenue publiquement le :

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DES

DYSMORPHOPHOBIES.

Président : Monsieur J. DELAY, Professeur.

EDITIONS A.G.E.M.P. — 8, RUE DANTE . PARIS-V^e

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1966.

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Françoise FOURNET née FINON

le 31 décembre 1937 à Provins (Seine-&-Marne)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine.

Présentée et soutenue publiquement le :

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DES

DYSMORPHOPHOBIES.

Président : Monsieur J. DELAY, Professeur.

EDITIONS A.G.E.M.P. — 8, RUE DANTE . PARIS.V^e

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Binet (L.), Bullard (H.), Cadenat (F.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Debré (R.), Fey (B.), Gaillard (H.), Gaudart D'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulouguet (P.), Mouquin (M.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN Georges BROUET
1er ASSESSEUR Daniel BARGETON
2e ASSESSEUR Jean GOSSET

I. - PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires

Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
- - - - -	DOGNON (A.)
- - - - -	DJOURNO (A.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Gérontologie expérimentale	N...
Histoire de la médecine et de la chirurgie	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
- - - - -	BRICAIRE (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	DEPARIS (M.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BARGETON (D.)
- - - - -	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel

Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.)
Biologie médicale	POLONOVSKI (J.)
Pharmacologie	BOURLIERE (F.)
Physiologie	LEVY (Mlle J.)
- - - - -	DEJOURS (P.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)
- - - - -	GOUGEROT (L.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais) ;	SOULIER (P.)
Beaujon	LORTAT-JACOB (J. L.)
Cochin	LEGER (L.)
Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
Cliniques chirurgicales	CORDIER (G.)
Pitié	GOSSET (J.)
Saint-Antoine	SICARD (A.)
Salpêtrière	OLIVIER (Cl.)
Tenon	FEVRE (M.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	MERLE d'AUBIGNE (R.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire	MATHEY (J.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	DECOURT (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	LAMY (M.)
Clinique de génétique médicale (Enfants-Malades)	HUGUIER (J.)
Clinique gynécologique (Broca)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	TURPIN (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude Bernard)	DELAY (J.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	CASTAIGNE (P.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	MILLIEZ (P.)
Broussais	LENEGRE (J.)
Broussais	BROUET (G.)
Cochin	BARIEY (M.)
Hôtel Dieu	SEZE (S. de)
Cliniques médicales	DREYFUS (G.)
Lariboisière	KOURILSKY (R.)
Pitié	BOUDIN (G.)
Saint Antoine	DEBRAY (Ch.)
Saint-Antoine	MARIE (J.)
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	JUSTIN-BESANCON (L.)
Clinique médicale infantile de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	DEROT (M.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	DAVID (M.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	GARCIN (R.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	LACOMME (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	MERGER (R.)
Baudelocque	VARANGOT (J.)
Cliniques obstétricales	RENARD (G.)
Foch (Suresnes)	OFFRET (G.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	AUBRY (M.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	N...
- - (Cochin)	BERNARD (E.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	MICHAUX (L.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	COSTE (F.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laennec)	DECHAUME (M.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	ROUX (M.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	LEMAIRE (A.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	GAULTIER (P.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ABOULKER (P.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	PADOVANI (P.)
Clinique toxicologique	DOMART (A.)
Clinique urologique (Cochin)	POILLEUX (F.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique	JUDET (R.)
Séméiologie médicale	COUVELAIRE (R.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	N...
Séméiologie traumatique et orthopédique	
Clinique urologique (Necker)	
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	

b) Professeurs à titre personnel

MM.

Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTON (R.)
	AZERAD (E.)
	BOUR (H.)
	LAMBLING (A.)
Médecine	LHERMITTE (F.)
	PEQUIGNOT (H.)
	PERRAULT (M.)
	SIGUIER (F.)
	WORMS (R.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R.)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)
	BARCAT (J.)
	BINET (J. P.)
	BLONDEAU (Ph.)
	CERBONNET (G.)
	CHATELIN (C. L.)
	DAUTRY (P.)
	DEMIRLEAU
	DUBOST (Cl.)
	FAUREL (J.)
	FLABEAU (F.)
	GALEY (J. J.)
	GARBAY (M.)
	GARNIER (H.)
Pathologie chirurgicale	GAUDART-d'ALLAINES
	(Cl. de)
	GERMAIN (A.)
	LATASTE (J.)
	LOYGUE (J.)
	MAILLARD (J. N.)
	MERCADIER (M.)
	NATALI (J.)
	PELLERIN (D.)
	PERROTIN (J.)
	PREMONT (M.)
	ROBERT (H.)
	THOMERET (G.)
	VAYSSE (J.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
	BERTAUX (P.)
	COTTENOT (Fr.)
	LOEPER (J.) Pr. s. ch.
Pathologie expérimentale	MAURICE (J.)
	MIKOL (Cl.)
	PAUPE (J. R.)
	ACAR (J.)
	AUQUIER (L.)
	AUSSANAIRE (M.)
	BEAUMONT (J. L.)
	BERNIER (J. J.)
	BOUVIER (J.)
	BOUVRAIN (Y.)
	BRISSAUD (H.)
	BROCARD (H.)
	BUGE (A.)
	CANIVET (J.)
Pathologie médicale	CARLOTTI (J.)
	CATINAT (J.)
	CHRETIEN (J.)
	CLOAREC (M.)
	COBLENTZ (B.)
	CONTAMIN (F.)
	COURY (C.)
	DEBRAY (J.)
	ETIENNE (J. P.)
	FREZAL (J.)
	FRITEL (D.)

Pathologie médicale (suite).....

Pédiatrie - Puériculture

Pharmacologie

Physiologie

Physique médicale

Pneumo phtisiologie

Psychiatrie infantile

Radiologie médicale

Rhumatologie

FUNCK-BRENTANO (J. L.)
GRIVAUD (M.)
HAZARD (J.)
HENNEQUET (A.)
HIMBERT (J.)
HOUSSET (E.)
LAGRUE (G.)
LESOBRE (R.)
LEVEQUE (B.)
MACREZ (C.)
MOREAU (L.)
NENNA (A.)
NICK (J.)
POULET (J.)
ROYER (P.)
TCHERDAKOFF (Ph.)
THIBAUT (Ph.)
TOURNEUR (R.)
VILLIAUMEY (J.)
WOLFROMM (R.)
ALAGILLE (D.)
ALISON (J.)
CANLORBE (P.)
GORIN (R.)
LAFOURCADE (J.)
LEPERCQ (G.)
LESTRADET (H.)
MALLET (R.)
MANDE (R.)
MINKOWSKY (A.)
MOZZICONACCI (P.)
POLONOVSKI (C.)
REY (J.)
RIBIERE (M.)
ROSSIER (A.)
VIALATTE (J.)
BOISSIER (J.)
LECHAT (P.)
BARRES (G.)
DURAND (J.)
GIRARD (Fr.) m. conf.
HUGELIN (A.)
LAURENT (D.)
SCHERRER (J.) pr. s. ch.
VASSEUR (B.)
CHANTEUR (J.)
COURSAGET (J.)
GREMY (F.) m. conf.
MILHAUD (G.)
PAGES (J. Cl.)
PELLERIN (P.)
ROUCAYROL (J. C.)
pr. s. ch.
TUBIANA (M.) m. conf.
DECROIX (G.)
ISRAEL (L.)
MEYER (A.)
RENAULT (P.)
SORS (Ch.)
DENICKER (P.)
DUCHÉ (D.)
FLAVIGNY (H.)
DUBOST (J.)
LEFEBVRE (J.)
MICHEL (J. R.)
MASSIAS (P.)

	MM.		MM.
	CAUHEPE (J.)		CHASSAGNE (P.)
	CERNEA (P.)		FOUET (P.)
	CHAPUT (Mme A.)	Thérapeutique	
Stomatologie	m. c. agr.		LABET (R.)
	CREPY (Cl.)		MARCHE (J.)
	FLEURY (R.)	Urologie	AUVERT (J.)
	GRELLET (M.)		MOULONGUET (A.)
			QUENU

II. - PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES
ET MAITRES DE CONFERENCES - AGREGES

Anatomie	CABROL	Hydrologie	BESANCON (F.)
	COUINAUD		CORNET (A.)
	GILLOT (C.)		BLANCHER (G.)
	HUREAU (J.)	Hygiène	CORRE-HURST (Mme L.)
	GAUTHIER-VILLARS		ROUSSEL (A.)
	(Melle P.) pr. s. ch.		SAPIN-JALOUSTRE (H.)
	ABELANET (R.)	Maladies infectieuses	DUPONT (V.)
Anatomie pathologique	CHOMETTE (G.)		LISSAC (J.)
	GOUYGOU (Ch.) pr. s. ch.		RAPIN (M.)
	NEZELOFF (CH.)	Maladies métaboliques	ANTOINE (B.)
	ORCEL (L.)		CROSNIER (J.)
	PAILLAS (J.)		RICHET (C.)
	N. du BOUCHET (Mme)		SEBAOUN (J.)
Anesthésiologie	KERN (E.)		BOURGUIGNON (A.)
	VOURC'H (G.)	Médecine légale	FOURNIER (E.)
	BARBIER (P.) pr. s. ch.		GUENIOT (M.)
	CHRISTOL (D.)		HADENGUE (A.)
Bactériologie	DAGUET (G.)	Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
	LE MINOR (L.)	Neuro-Chirurgie	PERTUISSET (B.)
	TOURNIER (P.)		CAMBIER (J.)
	BAULIEU Et. m. conf.		CATHALA (H.)
	BOURILLON (R.)		ESCOUROLLE (R.)
	CARTIER (P.) pr. s. ch.		GAUTIER (J. -Cl.)
	CORNILLOT (P.)	Neuro-Psychiatrie	LAPRESLE (J.)
Biochimie médicale	DREYFUS (J. Cl.)		LEREBOULLET (J.)
	GONNARD (P.)		PICHOT (P.)
	JEROME (H.)		TARDIEU (G.)
	KRUH (J.)		GRANJON (A.)
	LEGRAND (J. Cl.)		HERVET (E.)
	NORDMANN (J.)		LE LORIER (G.)
			LEVY (J.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F.)	Obstétrique	LEWIN (D.)
	BENHAMOU (J. P.)		MUSSET (R.)
	BOIVIN (P.)		ROBEY (M.)
	HARTMANN (L.)		SENEZE (J.)
	pr. s. ch.		SUREAU (C.)
	BOIRON (M.)		TCHOBROUTSKY (Mme C.)
Carcinologie	DENOIX (P.)		THOYER-ROZAT (J.)
	MATHE (G.)		AUVERT (Mme B.)
	SELIGMANN (M.)		BREGEAT (P.)
Cardiologie	HATT (P. -Y.)	Ophthalmologie	DUBOIS (A.)
	CIVATTE (J.)		FONTAINE (Mme M.)
	DUPERRAT (B.)		SARAUX (H.)
Dermato-Syphiligraphie	HEWITT (J.)		DUPARC (J.)
	TOURAINE (R.)		MAURER (P.)
	HEITZ (F.) m. conf.	Orthopédie	MEARY (R.)
Electro-Radiologie	LEDOUX-LEBARD (G.)		POSTEL (M.)
Embryologie	ROUX (CH.)		RAMADIER (J.)
	BESSIS (M.)		DEBAIN (J.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.)	Oto-Rhino-Laryngologie	PIALOUX (P.)
	DAUSSET (J.)		SERGENT (H.)
	DUHAMEL (G.)		GOLVAN (Y.)
	COUJARD (R.) pr. s. ch.	Parasitologie	HO THI SANG (Melle)
	DA LAGE		LAPIERRE (J.)
Histologie	MAROIS (M.)		
	RACADOT (J.)		
	SCHRAMM (B.)		

III. - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES

CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

	MM.		MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)	Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.)
Clinique chirurgicale	VERNE (J. M.)	Clinique pédiatrique et	
Clinique médicale	RAMBERT (P.)	puériculture	LAPLANE (R.)
	THIEFFRY (S.)	Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
	GRASSET (J.)	Clinique urologique	KUSS (R.)
Clinique obstétricale	MAYER (M.)		
	MORIN (P.)		

IV. - PROFESSEURS DETACHES

DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

BOLTANSKI (E.)
LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseiller administratif	Melle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque	
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine.....	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Melles DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.), QUIEVREUX (E.)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.)
	Melle LAURENT (H.), Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549020_0014

A mes parents,

A mon mari,

A mon fils.

A Mon Maître Monsieur le Professeur Jean DELAY.

De l'Académie Française.

Professeur à la Clinique des maladies mentales et
de l'encéphale.

Qui a bien voulu me faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse, et qui m'a permis pour mon enseignement de participer aux activités de son Service.

Qu'il veuille trouver ici l'expression de ma respectueuse reconnaissance.

A mes Maîtres d'Externat :

Monsieur le Professeur L. MICHAUX,

Monsieur le Professeur P. MOULONGUET,

Monsieur le Docteur RUBENS-DUVAL,

Monsieur le Docteur NOUAILLE.

A mes Maîtres d'Internat des Hôpitaux Psychiatriques,

Monsieur le Docteur SCHWEICH,

Monsieur le Docteur MIGNOT,

Monsieur le Docteur ABELY,

Monsieur le Docteur RONDEPIERRE.

Au Docteur P. MÂLE

Ma reconnaissance et mon admiration.

Au Docteur T. LEMPERRIERE

Qui m'a inspirée et guidée au cours de ce travail.

Au Docteur A. OCHONISKY

Qui m'a aidée de ses conseils.

"..... J'ai 17 ans. On me dit mignonne, mais cela ne m'empêche pas d'avoir des complexes. J'ai le nez droit mais assez long. Je n'ose pas me montrer de profil. Ce n'est pas toujours facile, mais j'essaie. Il y a des jours où je ne veux pas sortir dans la rue. J'ai peur. De quoi ? C'est à cause de mon nez, je n'aime pas qu'on me regarde de profil. Mes soeurs me disent que je me fais des idées....."

Annie complexée.

Ces quelques pages sont extraites du "Courrier du coeur" d'un grand journal féminin. Il suffit de feuilleter une revue féminine pour y découvrir de nombreuses pages consacrées à la beauté. Quels en sont les canons actuels. Comment mettre cette beauté en valeur. Comment améliorer le teint, modifier les traits du visage par des artifices de maquillage. Quels sont les régimes alimentaires permettant d'améliorer la silhouette. Quels sont les interventions esthétiques permettant de rectifier certaines disgrâces.

La presse propose sans cesse de nouveaux modèles d'identification. La femme doit essayer d'atteindre le style de telle actrice, tel mannequin à la plastique parfaite pour être à la mode. La progression vers une beauté plus parfaite est aussi souvent présentée comme une condition nécessaire pour accéder à la vie sentimentale.

Parallèlement à cette publicité envahissante, on assiste au développement dans le public féminin d'une certaine inquiétude concernant les problèmes esthétiques. La beauté est devenue un droit et presque un devoir. Certaines femmes présentent une profonde insatisfaction de leur visage. Les chirurgiens esthétiques sont de plus en plus sollicités, consultés, et sont parfois placés devant de délicats problèmes d'indications opératoires. D'après l'un d'entre eux, environ 50 % des demandes d'intervention qui leur sont faites sont injustifiées.

L'attitude mentale du patient est un élément important dans l'indication opératoire. La disproportion importante entre l'insistance d'un sujet dans sa demande et le caractère minime des défauts physiques invoqués doit être considéré comme un avertissement par le chirurgien.

Il est certain que beaucoup de sujets réclamant la chirurgie esthétique pour des défauts mineurs présentent d'importants problèmes de personnalité pour lesquels une aide psychiatrique serait efficace.

Les problèmes suscités par la façon dont un individu vit son visage sont multiples et complexes.

Il est d'usage de dire que : "le visage reflète l'âme de l'homme". Communément, on dit aussi que l'homme porte son caractère sur son visage et que son destin s'y inscrit dans une certaine mesure. L'intolérance à l'égard de son propre physique révèle le plus souvent des difficultés variées de la personne dans ses rapports avec elle-même et le monde. Une acceptation de son personnage physique par l'individu est nécessaire à son accord avec le monde. De multiples mécanismes d'identification participent à cette acceptation de soi, identifications aux modèles proposés par la société, identifications aux images parentales.....

C'est dès l'enfance que se pose la nécessité d'accepter son propre schéma corporel. A cet âge il semble que ces mécanismes d'identification jouent dans un double courant entre parents et enfants. L'attitude des parents semble très importante dans l'acceptation par le petit enfant de son personnage physique. En effet, lorsque l'enfant contemple dans le miroir sa propre image, il embrasse dans le même regard l'expression de sa mère le regardant.

Identification aux modèles proposés par la société. Ceci nous amène aux canons de la beauté qui sont tellement variables selon les civilisations, les groupes ethnologiques et culturels. Dans la civilisation occidentale, ces aspects nécessaires de conformité à la masse sont particulièrement rigides. Aux Etats-Unis, il existe même un tel souci de conformité que l'on peut définir avec une certaine précision, un portrait robot de la femme américaine

... silhouettes uniformes, coiffure, maquillage standard... Ce phénomène est moins accentué en France : mais il existe malgré tout des "modes" qui font que pendant certaines saisons, toutes les jeunes filles adoptent le style, la coiffure, de telle actrice etc...

Les modèles d'identification proposés par la société auxquels l'individu est confronté journellement sont ainsi définis avec précision, et il est inconfortable pour un individu de s'en éloigner d'une façon trop marquante.

Nous n'aborderons pas dans cette étude les problèmes posés par les dysmorphies et le vécu de la laideur.

Nous étudierons des sujets qui se ressemblent sur un point :

Sous des formes variables, ils ont choisi des préoccupations esthétiques comme thème principal de leur angoisse. Nous nous sommes limités à des préoccupations concernant le visage.

Nous les avons groupé sous le terme de dysmorphophobies.

La dysmorphophobie peut être définie : comme une insatisfaction du sujet à l'égard de son propre physique, se polarisant le plus souvent sur un des traits marquants du visage. A cette insatisfaction s'associe la crainte d'attirer l'attention de l'entourage sur ce défaut physique et de faire ainsi scandale.

Après un rappel historique,

Nous étudierons :

- les observations retrouvées dans la littérature,
- quelques observations originales.

Nous grouperons ensuite dans un chapitre :

- les traits cliniques communs retrouvés chez ces sujets.

Nous étudierons quelques aspects psychopathologiques.

Nous essaierons enfin de classer ces cas de dysmorphophobies dans un cadre nosologique.

I - H I S T O R I Q U E

C'est MORSELLI en 1886 qui isole et définit le syndrome de dysmorphophobie, à l'occasion d'une description princeps d'un sujet dont la crainte obsédante d'être laid était centré sur le nez.

- JANET, dans son travail sur les obsessions et la psychasthénie en 1903 définit la dysmorphophobie comme "une angoisse à propos d'une petite difformité du visage", à ce propos, il décrit le cas d'une "femme bouleversée et malade d'angoisse parce qu'elle avait une petite cicatrice sur le bout du nez". Les dysmorphophobies sont classées dans les obsessions de la honte du corps. Il s'agit "d'individus qui ont des obsessions relatives à la honte de leurs vêtements, des mouvements de leurs corps, de leur visage, de leur parole, la honte du sexe. "Ces obsessions, remarque JANET, se rattachent aux phénomènes d'angoisse et dépendent d'une manière plus particulière des angoisses relatives aux situations sociales : elles constituent les termes de l'évolution que l'on observe souvent chez les timides, les agoraphobes et surtout chez les érythrophobes.

- Les dysmorphophobies de MORSELLI sont également mentionnées dans le travail de PITRE & REGIS, "les obsessions et les compulsions".

Sous le vocable de morphophobies, ou phobies des anomalies du corps et du visage.

Pour ces auteurs, le syndrome dysmorphophobique est essentiellement un syndrome névrotique et les observations présentées que nous reverrons ultérieurement en détail, évoquent essentiellement des tableaux des névroses obsessionnelles. Parfois, l'observation suggère un état psychotique.

On retrouve peu le terme de dysmorphophobie dans la littérature.

Récemment, quelques travaux ont été publiés à ce sujet par des auteurs allemands et russes. DIETRICH présente en 1962 quatre cas. Il définit à ce propos le syndrome de dysmorphophobie comme "la crainte de faire scandale en société" pour des raisons esthétiques à cause de l'idée prévalente du malade persuadé qu'une partie de son corps est difforme. Ce défaut de la perception n'est pas considéré comme une hallucination, mais comme la conséquence de la concentration de l'attention sur l'organe difforme. La dysmorphophobie évoluerait avec un syndrome paranoïde.

KOSKINA présente en 1961, un rapport sur 28 malades schizophrènes présentant un syndrome de dysmorphophobie :

- dans certains cas, les préoccupations esthétiques sont isolées et primaires.

Ultérieurement des symptômes schizophréniques apparaissent et la maladie évolue vers une forme paranoïde de schizophrénie,

- dans les autres cas, une évolution schizophrénique accompagne d'emblée le syndrome de dysmorphophobie.

Le problème de la dysmorphophobie a été enfin récemment étudié par DOSUZEKOV de Prague (1962).

Son rapport traite de 26 patients.

La dysmorphophobie est définie comme une insatisfaction pathologique du patient vis-à-vis de son physique, entraînant une timidité pathologique, un isolement total.

Sur le plan nosologique, l'auteur fait remarquer que le syndrome de dysmorphophobie se rencontre dans les névroses et la schizophrénie.

Il expose enfin une théorie pathogénique sur des bases pavloviennes.

II - OBSERVATIONS DE LA LITTERATURE

Nous reprenons dans ce chapitre toutes les observations retrouvées dans la littérature.

Les premières observations médicales de dysmorphophobies sont tirées d'"Obsessions et Psychasthénie" de JANET.

Observation GI. bis : (2 p. 145) à

D... Cette femme de 38 ans, souffre depuis un an de son nez. Elle se plaint qu'il rougit, qu'il y a à la racine du nez deux barres rouges transversales comme les marques d'un lorgnon.

Ce gonflement, cette chaleur du nez lui donne des sensations bizarres, toute sa figure est comme une place à vif à cet endroit. Ou bien, il lui semble qu'il y a des fourmis, ou bien encore elle croit ne pas sentir dans cette partie. Il lui semble que le nez a disparu, qu'il n'est plus à elle. Ces impressions l'étonnent, la font pleurer et la rendent toute angoissée".

Observation 163, p. 363.

- A 12 ans au moment du début de ses règles, elle se sent gênée, alors par une sorte de honte, de timidité, honte de soi, honte de ses mouvements, honte de rougir, honte de ses yeux,

"... elle avait l'air stupide, elle parle comme une imbécile, tout le monde rigole en la voyant..."

Elle développe ensuite une manie de la perfection des actes. A 25 ans, elle se figure que ses yeux ont quelque chose de drôle, qu'ils sont fixes, qu'ils ne remuent pas de côté.

Observation 162

MR. est une femme de 33 ans.

Elle a la pensée qu'elle a ou qu'elle va avoir des convulsions dans la figure. Les convulsions vont être terribles, mais surtout ridicules.

"... Elle va être laide, grotesque et surtout elle va avoir l'air d'une folle..."

Cette pensée surgit presque toute la journée. Elle étudie les conditions et les moyens sinon de supprimer ces pensées, du moins de ne pas les montrer.

Elle s'isole, refuse de travailler, devient inerte.

Observation - Toq.

1 garçon de 13 à 20 ans est obsédé par la honte de ses moustaches. Cette honte se rattachait à une idée génitale.

"... Je me figurais que j'avais une tare sexuelle parce que mes moustaches avaient poussé trop tôt..."

Il se rassure vers 20 ans au sujet de ses moustaches, mais développe à 27 ans une érythrophobie.

Ces observations ci-dessus, bien qu'incomplètes, évoquent une symptomatologie névrotique.

Deux autres observations classées dans les "obsessions de la honte du corps et du visage..." évoquent des tableaux psychotiques.

Observation 162...

P... est une femme de 38 ans, présente une peur de voisins désagréables et tapageurs.

"... J'ai peur d'avoir à lutter contre mes voisins, je ne me sens plus la force de le faire..."

Elle découvre qu'elle a des poils sur la figure"... Comment veut-on qu'elle aborde ces redoutables voisins avec une figure poilue. C'est alors qu'elle sera ridicule et dans un état d'infériorité.

Cette idée se présente par crises, avec agitation et angoisse. Elle prétend entendre les voisins qui l'insultent et lui crient :

"... poilue, poilue..." mais elle n'est pas sûre d'avoir entendu.

Observation 161...

Ph... est un garçon de 24 ans.

Il doit interrompre ses études parce qu'il est trop honteux de sa personne et ne peut ni se rendre au cours, ni sortir.

"... J'enlaidis de toute manière. Ma figure change, ma mâchoire surtout me gêne. Il me semble qu'elle devient énorme..."

Nous évoquerons rapidement l'épisode psychotique de l'Homme aux Loups qui avait été traité par FREUD.

Vers l'âge de 38 ans, il présente de graves préoccupations hypochondriques, centrées sur le nez et les dents. Il est repris en traitement sur les conseils de FREUD par Mme. R.M. BRUNSWIG.

... Il souffrait écrit, Mme. BRUNSWIG, d'une idée fixe hypochondriaque. Il aurait, se plaignait-il, été la victime d'un dommage causé à son nez par l'électrolyse, cette méthode ayant été employée pour traiter l'obstruction des glandes séborrhées de son nez. D'après lui le dommage consistait en une cicatrice, en un trou ou en un petit fossé dans le tissu cicatriciel, suivant les moments. La ligne de son nez était à jamais détruite... Il était absolument désespéré. On lui avait dit que l'on ne pouvait rien faire à son nez, parce que son nez était en réalité en parfait état. Alors il ne pouvait plus continuer à vivre dans cet état de mutilation irréparable. Il négligeait sa vie, et son travail quotidien, absorbé qu'il était, à l'exclusion de toute autre chose, par l'état de son nez...

Sa vie était concentrée dans le petit miroir qu'il portait dans sa poche et son sort dépendait de ce que celui-ci lui révélait ou de ce qu'il allait y découvrir..."

Les observations qui vont suivre sont traduites de l'article de DIETRICH (1962) et citées intégralement :

La première observation concerne une jeune fille âgée de 16 ans, chez laquelle on craint un début de schizophrénie.

Elle se présente très maquillée, vêtue avec extravagance.

A l'âge de 12 ans ; une amie lui a dit que son nez serait différent de celui des autres. A partir de ce moment elle ne peut se débarrasser de l'idée qu'elle a un nez dysmorphique, ne convenant pas à son visage. L'idée que l'on puisse la voir de profil lui était pénible. Elle s'oppose à ce qu'on la prenne en photo de profil. Dans la salle d'attente de l'hôpital elle s'asseyait dans un angle de façon à toujours présenter son visage de face. Dans la rue elle a l'impression que les gens parlent de son aspect dans son dos. La maladie a évolué plus ou moins gravement pendant 4 ans. On ne retrouve pas d'attentat sexuel dans les antécédents.

Eva Maria est remarquablement jolie. Son nez est grand mais convient à ses grands yeux et à sa large bouche. Elle voudrait être mannequin ou chanteuse à la mode. Mais il faudrait qu'elle fasse auparavant rectifier son nez. La patiente, en dehors de ses préoccupations sur son nez, se présente comme une teen-ager moderne. Son idéal est Brigitte Bardot. Eva désire également être belle et riche, et épouser un homme avec une grosse voiture et beaucoup d'argent. Elle considère ses parents comme des gens incultes et ordinaires. Son père est un soldat américain inconnu, son beau-père est maçon. Elle-même apprend la coiffure. Elle est très timide, moqueuse et méfiante, d'intelligence moyenne. On ne peut toutefois pas noter de symptômes de la série schizophrénique, et elle ne se plaint pas de sensations anormales au niveau de son nez.

Cas n° 2. -

Un lycéen de 18 ans, a été vu à la suite d'une tentative de suicide.

Sa mère est atteinte d'une psychose maniaco-dépressive et a conçu le malade dans une aventure extra-conjugale au cours d'une phase de manie.

La première tentative de suicide est lieu à 16 ans, son motif était "... Je suis si laid que je ne trouverai jamais de femme..."

Sa décision pour sa deuxième tentative lui fut facile : "... par la mort j'attendais une résurrection et me voyais transformé immédiatement après ma mort en un beau-jeune homme de même âge que moi..."

Il avait effectivement une conformation crânienne un peu particulière, à peine dysplastique, un "caput quadratum". Ses parents avaient essayé de le rassurer en vain sur son physique, mais rien en pouvait le convaincre. Il croyait connaître suffisamment l'anatomie pour se faire une opinion sur son anomalie. Il avait l'impression parfois que son visage était un masque rigide. Le fonctionnement des muscles de sa mimique ne devait pas être normal étant donné qu'il ne pouvait donner à son visage l'expression voulue, il ne pouvait même pas rire convenablement. Le malade prétendait qu'à cause de sa dysmorphie, tous ses camarades se moquaient de lui et que les filles le méprisaient, "masque de plâtre" et "singe" étaient les moindres injures qui lui étaient faites.

L'impression d'être un homme de 2ème catégorie, de ne pas trouver sa place dans le monde remontait à sa plus tendre enfance. Pendant son séjour en observation, rien en changea de son syndrome de dysmorphophobie. Il n'a jamais présenté de symptôme de la série schizophrénique.

Il se pendit 14 jours après sa sortie de l'hôpital.

Cas n° 3. -

Frantz R... était âgé de 17 ans, lors de son admission. Sa puberté remontait à l'âge de 12 ans.

A 15 ans, il commença à ressentir des sensations bizarres au niveau du pénis. Il fut opéré d'un phimosis et eut bientôt l'impression que la croissance de son pénis s'était interrompue. Il était persuadé que par contre son menton s'allongeait. Il ne parla plus bientôt que de son menton. "... Je sens un tiraillement dans le menton. Je sens qu'il pousse... je le sais, non seulement en me regardant dans la glace, mais surtout à la sensation de croissance..."

Ses préoccupations étaient centrées sur son menton et son pénis.

Frantz négligea progressivement ses études, redoubla et fut mis en pension, il se sentait exclu de son entourage "comme un condamné innocent" il s'identifia à Chessmann, criminel sexuel, à qui il ressemblait vaguement. Une deuxième intervention sur son phimosis, un an avant son entrée en clinique, ne supprima pas ses préoccupations anxieuses. A cause de "l'absence d'issue de ses malformations corporelles", il fit une tentative de suicide médicamenteuse qui échoua par l'intervention de ses parents.

Pendant qu'il était en observation, ses préoccupations devinrent délirantes : "le tiraillement au niveau du menton, comme s'il poussait, ne peut se faire seul. Il faut que quelqu'un le provoque.. Je ne puis l'affirmer, je ne sais pas qui c'est, mais c'est une force surnaturelle. Je dois être défiguré... J'ai la sensation que quelqu'un me veut du mal. Quand quelqu'un marche derrière moi, j'ai l'impression qu'on me regarde. Quand j'entends au café des conversations, je suis persuadé qu'il s'agit de moi.

Ma cicatrice au niveau du pénis est douloureuse. On voit bien qu'il ne pousse plus. Peut-être que les Médecins veulent me voler mon beau pénis".

Au cours d'une de 40 comas insuliniques, les sensations cénesthésiques qu'il éprouvait au niveau du menton et du pénis devinrent de plus en plus intenses, il fit une bouffée délirante, il se sentait persécuté, observé dans sa salle, photographié par les infirmières et maudit par Dieu. Il vivait dans un monde magique et suppliait qu'on l'achève.

Après une cure de neuroleptiques, il présenta une rémission.

Il n'en subsista pas moins le syndrome phobique et un sentiment de difformité.

III - OBSERVATIONS ORIGINALES

Après la présentation de ces observations retrouvées dans la littérature, nous allons étudier maintenant un certain nombre d'observations, originales. Il s'agit de malades ayant été hospitalisés dans le service de Monsieur le Professeur Jean DELAY.

Cas N° 1. -

Melle. Huguette C... âgée de 38 ans.

Est entrée au Service libre, le 21 novembre 1964 pour des inquiétudes concernant son physique. Elle a de plus l'impression qu'on se moque d'elle dans la rue.

BIOGRAPHIE :

Elle est l'aînée de 2 enfants.

Son père, qui était contrôleur au P.T.T. est mort d'une tuberculose pulmonaire alors qu'elle était âgée de 5 ans. Elle l'a peu connu, et dit avoir été peu marquée par sa mort.

Sa mère est âgée de 60 ans, et la malade a vécu jusqu'à ce jour avec elle.

De son enfance, on retiendra deux faits marquants :

- une méningite cérébro-spinale à l'âge de 4 ans.

- Son placement à l'âge de 8 ans dans un orphelinat. Sa mère restée seule avec deux enfants, doit travailler. C'est à l'orphelinat qu'elle commence sa scolarité. Elle ne semble pas avoir présenté à cette époque de difficultés d'adaptation.

Elle reste jusqu'à 14 ans à l'orphelinat, y fait une bonne scolarité primaire. Puis elle rentre chez sa mère et suit pendant 4 ans, des cours commerciaux à Paris, sans toutefois passer de C.A.P. Elle commence à travailler comme secrétaire à l'âge de 17 ans. Elle est stable dans ses emplois, et travaille depuis 18 ans dans la même Société. Elle a actuellement un travail autonome dont elle est satisfaite.

Sur le plan social, elle a toujours eu une adaptation précaire.

Dès l'âge scolaire, elle se plaint de n'avoir eu que des rapports superficiels avec ses camarades et de n'avoir jamais eu de vrais amis. Elle dit avoir été très recherchée pour sa gentillesse pendant sa jeunesse. Elle avait des amis et sortait. Puis elle a senti que les gens se détachaient d'elle. Elle mène actuellement une vie terne et isolée. Elle vit chez sa mère qui tient son ménage, passe tous ses loisirs à la maison, et part en vacances avec sa mère. Elle est très insatisfaite par sa vie, "tant sur le plan professionnel qu'affectif". "J'aurais pu faire mieux".

HISTOIRE DES TROUBLES :

Les troubles sont apparus, il y a environ 2 ans. Sur ce tableau d'adaptation sociale précaire, en 1962, elle commence à courir les Instituts de beauté, faisant des dépenses inconsidérées en produits divers. Elle passe de longues heures devant sa glace essayant toujours de nouveaux maquillages susceptibles de l'améliorer.

Elle explique ainsi le début de ses troubles :

... Elle n'a jamais été satisfaite par son physique et dès l'enfance son visage la dégoûtait. Vers l'âge de 30 ans, elle a eu l'impression que les gens se détachaient d'elle. C'était très douloureux pour elle parce qu'elle aimait le contact des autres. Alors, "j'ai pensé que c'était parce que j'étais mal maquillée...".

A cette recherche anxieuse d'un maquillage qui lui convienne, s'associent bientôt d'autres troubles. Elle a l'impression qu'on la regarde, que les gens sourient en la dévisageant dans la rue puis se parlent entre eux. "... Je me demande ce que j'ai de travers.. J'aurais aimé que quelqu'un puisse me dire ce qui ne va pas, j'aurais bien aimé entendre ce qu'ils disent..."

"... Je serais soulagée si j'entendais les gens dire : "elle est moche" parce que moi, je me trouve moche..."

En mai 62, elle est hospitalisée plus d'un mois en Clinique privée ou elle subit 8 électro-narcoses sans succès. A sa sortie elle reprend son travail, mais elle reste considérablement gênée :

- Elle va à son travail en taxi pour ne pas que les gens puissent la regarder dans la rue.

- Elle refuse de sortir de l'appartement, même pour faire les commissions.

Elle est traitée pendant toute cette période par un traitement ambulatoire (Tofranil, Lagartil) sans qu'on puisse noter d'amélioration.

En septembre 1964 : les symptômes s'aggravent. Elle quitte son travail pour s'isoler plus complètement. Pendant deux mois, elle reste chez elle, apragmatique. Elle reste toute la journée dans son lit, refusant de se lever pour "chercher une solution", très déprimée. Elle se regarde sans arrêt dans la glace, se désintéressant de toute autre activité. Elle est enfin hospitalisée au Service libre le 21 novembre.

- Des tests psychologiques ont été pratiqués à son entrée dans le service :

- Le niveau intellectuel estimé sur le plan verbal est légèrement supérieur à la moyenne (Q.I. = 106).

- Les résultats obtenus par ailleurs sont complexes et sans signification diagnostique précise.

On observe au premier abord une importante inhibition sans aspect névrotique caractérisé, des traits de méfiance et une nette composante anxieuse. On en relève aucun signe pathologique de la série schizophrénique, mais en revanche, il existe un certain nombre d'aspects déficitaires, en

particulier de grandes difficultés de verbalisation, de troubles discrets de la structuration et de l'intégration spatiale des données visuelles. Une insuffisance des performances aux épreuves de rétention, ainsi que de nombreux signes de dysfonctionnement d'allure organique dont l'ensemble paraît témoigner d'une participation organique. Elle attribue ses difficultés relationnelles et son isolement.

- A son physique disgracieux, c'est son teint, surtout qui la préoccupe, "... Il n'est pas uni, pas net, pas assez pâle..."

- A sa peur de rougir qu'elle rattache non pas à des manifestations émotionnelles, mais à une couperose, caractère de sa peau.

A son entrée elle explique longuement avec une grande anxiété, les difficultés qui ont entraîné son hospitalisation.

- Elle raconte qu'elle a l'impression que les gens se moquent d'elle dans la rue.

On ne retrouve pas de phénomène hallucinatoire, ni de syndrome d'influence.

Elle reste 3 mois dans le service, et sort le 2 mars 1965, améliorée par un traitement associant neuroleptiques et anti-dépresseurs.

Le diagnostic porté est celui d'un état border-line avec préoccupations hypochondriaques sur fond de personnalité psychopathique.

CAS N° 2 :

Mademoiselle Marcelle L... âgée de 41 ans, secrétaire. Est entrée dans le service fermé en décembre 1964, avec le certificat immédiat suivant :

... Etat dépressif évoluant depuis 1 an avec deux tentatives de suicide. Le début aurait été motivé par un changement de service dans son travail. Par la suite, amaigrissement important, en particulier au niveau du visage, ayant entraîné des préoccupations esthétiques obsédantes. Vient de subir une opération plastique sur les paupières. A l'occasion des règles, bouffée anxieuse. Est venue chercher refuge à l'hôpital. Actuellement, réticente, minimise ses troubles, demande sa sortie.

HISTOIRES DES TROUBLES :

Le début des troubles remonte à la mort de son père, 3 ans auparavant. Elle fait alors un état dépressif qui guérit rapidement. Il y a environ un an, elle éprouve des difficultés dans son travail. Elle est changée de service et chargée d'un travail plus difficile. Elle commence alors à être déprimée. Son travail ne l'intéresse plus. Elle maigrit et s'isole.

Des modifications de son comportement auraient auparavant attiré l'attention de l'entourage. Elle serait devenue de plus en plus coquette. Elle trouve que ses cheveux blanchissent, deviennent laids. Elle se fait teindre, mais la couleur obtenue ne lui plaît pas. Elle fait des dépenses en produits de beauté variés. Mais se trouve malgré tout de plus en plus laide.

A ses difficultés professionnelles, s'ajoutent des difficultés financières : achat d'un appartement pour lequel elle doit encore de l'argent. Elle s'isole de plus en plus, s'absente de son travail. Ses préoccupations esthétiques deviennent obsédantes.

En janvier 64, elle fait une première tentative de suicide aux barbituriques. A sa sortie de l'hôpital, elle consulte un psychiatre. Elle est encore déprimée, se plaint de ce que ses cheveux sont devenus laids, que son visage est affreux parce qu'elle a des poches sous les yeux.

Elle reprend son travail mais très irrégulièrement.

Ses préoccupations esthétiques portent maintenant davantage sur son visage que sur ses cheveux.

Elle part en vacances avec sa soeur, mais elle s'isole, reste enfermée dans sa chambre. Elle commence à porter des lunettes noires qu'elle ne veut plus quitter pour dissimuler ses yeux et cacher à l'entourage le navrant spectacle de son visage.

En août 64, elle fait une deuxième tentative de suicide, mais rapidement sort de l'hôpital. Son comportement et ses préoccupations restent identiques. Elle découvre peu après, dans un journal, l'existence d'interventions esthétiques efficaces pour les rides. Elle consulte plusieurs chirurgiens esthétiques qui refusent une intervention plastique. Elle menace alors de se suicider. Un chirurgien accepte de pratiquer une intervention plastique sur ses paupières, en novembre 64. Les suites opératoires sont simples.

Mademoiselle L. se trouve aussi affreuse après l'intervention, elle pense qu'elle a le visage enflé et se préoccupe de ses yeux. Elle sort de clinique très anxieuse, et déprimée. Elle est alors admise au Service fermé, conduite par l'Assistance Sociale de son employeur.

SUR LE PLAN BIOGRAPHIQUE :

Elle nous raconte une vie terne et sans joie.

Elle est née en 1923 à Beauvais.

Elle est la 4ème de 8 enfants.

Sa mère est une femme assez froide, surmenée par ses 8 enfants.

Le père : décédé en 1960 était employé à la S.N.C.F.

C'était un homme coléreux, emporté. Il faisait fréquemment à sa femme des scènes de jalousie. Il s'occupait peu de ses enfants, mais Helle. L... était sa préférée.

Sa scolarité a été normale et à 19 ans, elle passe un diplôme de sténo-dactylo. Elle fera de nombreuses places pour gagner un salaire plus élevé.

Pendant son adolescence, elle est déjà très coquette, dépensait beaucoup plus que ses soeurs pour s'habiller. Elle sort avec ses frères et soeurs, mais elle n'a jamais eu d'aventure sentimentale. Au fur et à mesure que se marient ses frères et soeurs, elle ne se fait aucune relation. Elle mène chez ses parents une vie très isolée, rentrant de son travail pour s'enfermer dans sa chambre. Elle dépense pourtant beaucoup d'argent en toilettes, et produits de beauté, bien qu'elle sorte très peu de sa famille.

Jusqu'à l'âge de 36 ans, elle reste chez ses parents, menant au sein de sa famille une vie terne et isolée, ayant peu de contacts avec ses frères et soeurs, n'ayant aucune relation en dehors de son milieu de travail.

A 36 ans, elle quitte ses parents, prend une chambre à l'extérieur pour être plus indépendante. En fait elle cherche à se ménager un isolement plus complet. Ses contacts avec l'extérieur sont encore plus réduits. Deux ou trois mois plus tard, les premiers troubles mentaux patents se manifestent.

DANS LE SERVICE :

Elle se présente comme une femme soignée, portant des lunettes noires qu'elle refuse de quitter.

Après une courte période anxieuse, elle devient réticente, minimise ses troubles, elle n'exprime pas d'idées dépressives, n'extériorise pas d'idées de suicide. Elle est d'ailleurs suffisamment habile pour les dissimuler. Elle minimise les 2 tentatives de suicide antérieures.

Elle est sténique, ironique.

Elle ne parle volontiers que de l'état de ses yeux.

Ses plaintes sont stéréotypées, pauvres.

"... J'ai des plis autour des yeux. Ça me change le regard. J'ai une drôle de tête avec ces yeux-là. Ils sont affreux, ils sont encore plus laids que ce qu'ils étaient avant l'intervention.

Mes yeux sont affreux. Il y en a un qui est enflé. Je ne veux pas infliger le spectacle à ma mère et aux autres. Donc je ne vais pas les voir. Je ne sors pas..."

Parler de ses yeux est le seul sujet de conversation qui l'intéresse. Ses yeux concentrent toute son anxiété, toutes ses préoccupations. Lorsqu'on la rassure sur l'évolution locale, elle répond : "vous trouvez ? Les médecins sont toujours contents de ce qu'ils font".

Sur le plan symptomatique, elle ne présente pas ailleurs aucun signe de la série dissociative, pas de phénomènes psycho-sensoriels.

L'EVOLUTION :

A été difficile à suivre étant donné la réticence, l'habilité de la malade à minimiser ses troubles et son vif désir de sortir pour tenter d'obtenir une autre intervention. Plusieurs lettres adressées à son chirurgien ont été interceptées. Elle y exprimait son souci permanent : "Je trouve que mes yeux ne sont pas bien".

En mars 65 : 4 mois après son entrée dans le service, elle fait une 3ème tentative de suicide à la taupicine, au cours d'une permission. Elle est traitée à l'Hôtel-Dieu.

Quelques jours après son retour dans le service, elle réclamait à nouveau sa sortie, se trouvant très bien.

On n'assiste à aucune modification, ni à aucune critique de son idée délirante de laideur dont la conviction devient inébranlable.

Une série de sismothérapie l'améliore un peu.

Elle sort en permission en juillet 1965.

Elle reprend son travail, mais son rendement et son assiduité sont mauvais. Elle s'isole à nouveau, prend beaucoup de barbituriques pour dormir. Elle consulte un chirurgien esthétique qui lui aurait proposé un peeling et non pas une "boutonnière" pour ses yeux comme elle le lui demandait.

Elle est hospitalisée à nouveau à la fin du mois d'août 1965. Son anxiété s'étant aggravée, motivée par des préoccupations esthétiques incessantes, concernant maintenant non seulement ses yeux, mais tous les traits de son visage.

Elle extériorise alors une conviction absolue dans l'idée d'une modification de son visage apparue à l'époque des premières teintures "... J'avais l'impression que tout le monde avait les yeux braqués sur ma chevelure..."

Elle modifie alors fréquemment la couleur de ses cheveux, cherchant la teinture qui lui permettra de retrouver la couleur naturelle de ses cheveux et ainsi son "corps d'avant".

Depuis les traits de son visage se sont affaîssés et elle a du mal à se reconnaître. Elle pense que les teintures sont peut-être la cause de cette transformation. Depuis qu'elle est à Sainte-Anne, les médicaments la rendent de plus en plus laide et transformée.

Elle envisage de se faire faire un lifting. C'est indispensable, car à son bureau, tout le monde sursaute, tellement elle est devenue laide. Son patron a d'ailleurs dit qu'avec son visage, on ne pourrait plus l'employer. Si le lifting ne marche pas, elle n'a plus qu'à disparaître, car elle ne peut vivre avec un visage si laid.

Les idées délirantes restent isolées dans le tableau clinique.

Un frère et une soeur cultivateurs en Bretagne.

Elle va à l'école jusqu'à l'âge de 11 ans. Elle ne travaillait pas bien en classe, elle se sentait inférieure aux autres. Elle ne passe pas le certificat d'études. Elle est réglée à 14 ans. Dès l'âge de 11 ans, elle travaille à la ferme de ses parents. Après le décès de sa mère, alors qu'elle a 14 ans, elle part vivre pendant 3 ans, chez une tante. A 17 ans, elle revient vivre avec son père.

A l'âge de 19 ans, elle a sa première aventure, avec un garçon de son âge, "j'étais tellement insouciante alors". Elle se découvre enceinte, et la famille du jeune homme plus aisée que la sienne, s'oppose au mariage. "ça m'ennuyait à cause de mon père, j'ai beaucoup souffert à cause de cela...".

Sa fille naît alors qu'elle a 20 ans. Un an après, elle part à Paris pour travailler, accueillie par sa soeur aînée, plaçant sa fille en nourrice en Bretagne.

Pendant 5 ans, elle fait différentes places comme employée de maison, puis femme de ménage.

A l'âge de 26 ans, elle est aide-soignante à l'Hôpital Necker. Son travail lui plaît, mais elle n'a jamais cherché à suivre les cours d'infirmières.

Sur le plan sentimental, elle est restée isolée pendant quelques années, après la naissance de sa fille ; "elle ne voulait pas se marier à cause de sa fille". Elle eut plus tard quelques aventures peu sérieuses : elle est frigide. "Maintenant ma fille me suffit, cela m'est égal d'être seule ..."

Actuellement, elle vit seule, avec sa fille âgée de 20 ans sténodactylo. Une bonne entente règne entre elles. Elle a quelques amies, "des personnes, comme moi, qui ne sont pas adaptées à la vie de Paris, de même niveau que moi".

L'HISTOIRE DE SA MALADIE :

Il semble exister deux phases très différentes, comme nous le verrons dans son évolution.

"... Dès l'âge de 8 ans, j'avais conscience que j'avais un nez qui cadrerait pas avec mon visage, j'aurais voulu avoir un visage rond avec un nez rond ...".

Elle dit que ses camarades se moquaient d'elle à l'école. Elle envoyait sa soeur aînée qui était jolie, et qui avait beaucoup de succès.

Plus tard, son nez devient un constant souci.

"... Je n'étais pas comme j'aurais aimé être ..."

Elle décrit ainsi son nez :

"... Il était trop long, pointu, dévié. Il s'en allait de travers avec une grosse bosse dessus, et de grosses narines très larges ..."

"... Ca me donnait l'air triste. A quoi ça sert d'être coquette ? Ca me gênait dans mes rapports avec les autres, j'étais timide, je me sentais inférieure aux autres ...".

En 1959, âgée de 34 ans, sur les instances de ses collègues, elle consulte le Professeur Morel-Fatio.

De 1959 à 1965, elle subira 6 interventions esthétiques qui ne la satisferont jamais, elle consultera de nombreux oto-rhino-laryngologistes. Rapidement à ses préoccupations esthétiques se substitueront des idées délirantes qu'elle expose avec complaisance.

En Août 1959, elle subit une rhinoplastie à l'Hôpital d'Ivry.

"... L'intervention est ratée au point de vue esthétique. Mon nouveau nez est recroquevillé avec un trou dans la narine ..."

En 1960, elle subit 2 interventions, à Ivry.

Après la première, elle sent une fistule à gauche "... de mon nez il coule du liquide céphalo-rachidien ..."

Dès cette époque, elle oublie ses préoccupations esthétiques, et ne pense qu'à faire disparaître ses "douleurs" qui l'obsèdent. Elle passera tous ses jours de congé à courir les consultations. Tous les vendredis, elle est à la consultation du Professeur Morel-Fatio. Plus tard, elle s'adressera à des oto-rhino-laryngologistes. Elle cherchera d'autres chirurgiens qui accepteraient de l'opérer.

En 1960, elle subit une 3ème intervention "pour faire boucher ma fistule".

Les symptômes s'aggravent ensuite :

- "... l'os de la sous-cloison est infiltré à la pointe du nez. Il serre, et soulève le nez en l'air qui fait un bourrelet". La gêne ressentie est très importante, "comme un doigt tordu".

- "... de ma fistule, il sort toujours du L.C.R. J'ai alors mal à ma colonne qui s'est compressée parce que le L.C.R. sortait.

Mon nez ne pouvait pas s'allonger, il appuyait contre le sinus et faisait sortir le L.C.R."

En 1961, elle subit une 4ème intervention.

Elle sent ensuite une bosse qui poussait. Elle est alors adressée à un psychiatre qu'elle refuse de consulter.

En 1963 : "J'ai eu une 5ème intervention. Le chirurgien m'a opéré sur le dessus du nez. Il a enlevé des cartilages, mais le nez est toujours bloqué par la sous-cloison ..."

- "... J'ai ensuite de plus en plus mal à ma colonne, mon nez s'allonge et tire comme s'il allait s'arracher ..."

Elle note ensuite que la sensation d'arrachement du nez diminue, mais "je sens alors que mon nez meurt, sa circulation s'arrête".

Elle consulte à la Pitié pour des douleurs vertébrales.

En Août 64, elle abandonne ses visites hebdomadaires auprès du Service du Pr. Morel-Fatio, et trouve un chirurgien qui accepte de l'opérer en clinique pour la 6ème fois.

"... On m'a réduit le bout du nez ..."

Elle se sent mieux pendant une semaine, puis "les os se sont étendus, mon nez est encore plus serré qu'avant, le cartilage s'est pincé pour donner de la place de haut en bas. Mon nez tire sur mon palais ..."

Elle se pose des pansements occlusifs dans le nez. Puis "... l'arête du nez s'affaisse en demi-cercle, mon nez s'enfonce de plus en plus dans le sinus ..."

Elle a des douleurs de la nuque. "... Le liquide céphalo-rachidien diminue, et les vertèbres cervicales à droite se tassent. Ma tête se congestionne, mon nez venant dans le sinus entraîne une douleur aiguë ...".

Plus tard "... ma nuque est sans circulation. Ma tête est un organe mort, je me tape sur la tête pour être sûre qu'elle est là ..."

En janvier 65, elle fait un séjour de 6 semaines, dans une clinique psychiatrique. Elle y subit 9 narcoses, "... mon nez s'enfonce dans les gencives, il se casse en 2 morceaux ..."

"... Si les narcoses apaisent ma souffrance, mon nez pousse dans le palais ..."

Elle consulte à sa sortie de nombreux O.R.L.

En Août 65, elle est à nouveau opérée en Clinique.

"... On m'a soulagé le sinus, en m'enlevant l'os qui piquait et 2 cartilages qui se croisaient, mais il ne m'a rien enlevé en haut alors, c'est pareil ..."

Elle fait un épisode infectieux pendant les suites opératoires : lymphangite de la face. Elle est hospitalisée à Ivry.

A sa sortie, elle accepte une consultation à la Clinique et désire se faire hospitaliser pour prouver l'organicité de ses troubles.

AU COURS DE SON HOSPITALISATION :

Le tableau clinique est dominé par :

- une anxiété très vive,
- des manifestations dépressives.

Les préoccupations concernant le nez sont le thème unique des entretiens. Nous les avons précédemment développées largement. Au cours des deux premiers mois d'hospitalisation, les idées délirantes hypochondriaques persisteront, résistant au traitement neuroleptique et à toute approche psychothérapique.

AU TOTAL :

Il semble exister 2 périodes au cours de l'évolution de cette maladie.

- Au cours d'une première période, préoccupations esthétiques centrées sur le nez.

- Au cours d'une 2ème période :

- apparition de cénesthésies,
- disparition des préoccupations esthétiques au profit d'idées délirantes hypochondriaques.

CAS N°4 :

Mademoiselle Geneviève B ... 26 ans, monitrice d'enfants est entrée en service fermé en Août 1964 pour une tentative de suicide par absorption de barbituriques au cours d'un état dépressif très atypique avec préoccupations somatiques délirantes, taedium vitae, extériorisation des thèmes de culpabilité.

HISTOIRE DE LA MALADIE :

Dès l'âge de 12 ans, elle est déjà préoccupée par la forme de son nez. Elle n'aimait pas entendre en classe la tirade de Cyrano de Bergerac sur son nez.

Son nez est effectivement un peu long, trait hérité de la lignée paternelle.

A l'âge de 17 ans, elle présente un 3ème échec au baccalauréat et s'en montre très affectée. Elle se plaint en Août de céphalées frontales intenses, de fatigue intellectuelle. Elle est néanmoins reçue à la session d'Octobre. En classe de Philo, elle présente une baisse du rendement intellectuel. Son père à cette époque, fait une hémiplégie. Elle devient très renfermée, constamment préoccupée par son nez, se regarde dans la glace.

En 1958, elle décide de faire opérer la petite bosse qu'elle a sur le nez. Elle est ensuite très déçue des résultats de l'intervention. Elle se plaint de céphalées violentes, de craquements, d'impressions de fourmillements au niveau du nez. Elle maigrit, elle s'isole, devient apragmatique, et exprime des sentiments d'infériorité.

Elle avait auparavant beaucoup de camarades, elle était sentimentale, aimait les surprises parties. Elle était coquette et désirait devenir mannequin.

En 1960, une déception sentimentale, l'affecte beaucoup.

En 1961, elle est hospitalisée pendant 3 mois en clinique privée pour une bouffée délirante, elle est traitée par du Largactil et des électrochocs. Elle fait aussitôt après un court séjour au Service Libre de la clinique.

DES TESTS PSYCHOLOGIQUES sont effectués :

- Sujet de niveau intellectuel nettement supérieur à la moyenne dont les résultats présentent un certain nombre d'aspects psychologiques complexes, dont l'ensemble réalise un tableau complexe de déséquilibre psychopathique où l'on remarque notamment une immaturité affective certaine, de multiples bizarreries de la pensée, des indices de fixation anale, des troubles caractériels de type épileptoïde. Les données recueillies n'apportent aucune confirmation à l'hypothèse d'une évolution schizophrénique.

Elle quitte ensuite la clinique et part 6 mois en Allemagne chez des amis. Elle revient très déprimée, elle essaie de travailler, mais se plaint de ne pouvoir se concentrer.

Elle fait une première tentative de suicide en Février 64 pour laquelle elle est hospitalisée à Saint-Antoine. A sa sortie, elle trouve un travail de monitrice dans un centre de poliomyélitiques. Elle va passer ses vacances, dans la famille d'un jeune homme qu'elle désire épouser. Mais elle ne s'intéresse à rien, a l'impression de ne pas être comme les autres, de ne pouvoir communiquer. Elle ne désire que la mort.

A son retour, elle est prise d'une violente crise d'angoisse, elle veut se faire immédiatement opérer le nez à nouveau, se coupe les cheveux "à la diable" et passe ses journées devant son miroir.

Le lendemain, elle avale 10 comprimés d'imménocet et ouvre le gaz. Elle est hospitalisée le 8 Août 1964 à la Clinique, au Service fermé.

Elle se présente dans un état d'agitation anxieuse qui évolue vers un état de dépression marqué.

Elle exprime des préoccupations obsédantes concernant son nez, à l'aide desquelles elle rationalise son angoisse.

- Son nez est difforme. L'intervention esthétique qu'elle a subi ne l'a en rien rectifié. Il reste toujours aussi laid.

- Elle sent des craquements au niveau de son nez qui l'inquiètent beaucoup.

En outre, elle exprime une impression de vide d'elle-même, d'indifférence, d'inaffectivité.

Elle se plaint de ses difficultés de contact avec les gens ; elle se complait dans des sentiments d'auto-dépréciation.

A l'examen, on note :

- une présentation hystérique avec théâtralisme,

- un certain maniérisme plus qu'un parasitisme mimique.

- On ne retrouve aucun signe de la série dissociative, en particulier pas de barrage ni d'autres troubles du cours de la pensée.

Elle sort un peu améliorée, à la demande expresse de la famille, en vue d'une nouvelle intervention sur le nez.

L'évolution ultérieure nous est inconnue.

Au cours de son séjour à la Clinique, le diagnostic porté oscille entre :

- névrose grave,

- schizophrénie à son début.

CAS N°5 :

Monsieur Jean C ... âgé de 22 ans, agent technique à Saclay. Hospitalisé en Mai 63 en Service Libre à la Clinique pour un état dépressif et anxieux en rapport avec des préoccupations obsédantes centrées sur ses cheveux.

Il est d'une famille de 2 enfants.

Son père est décédé accidentellement en 1962.

Sa mère âgée de 60 ans, est remariée depuis 4 ans avec un représentant de commerce.

HISTOIRE DES TROUBLES :

Il est préoccupé depuis l'âge de 6 ans par la forme de son crâne et par ses cheveux.

Vers l'âge de 15 ans, il devient anxieux parce que son physique ne lui plaît pas. "... Je me refusais tel que j'étais". Il recherche une coiffure nouvelle. Il se sent inférieur aux autres. Il trouve que ses cheveux sont implantés trop bas et lui cachent le front. A 17 ans, il subit des séances d'épilation pour faire disparaître les cheveux cachant le sommet de son front. Chaque séance provoque une sédation de son anxiété.

Il se plaint en plus d'érythrophobie depuis l'adolescence.

En Novembre 1962, une électrolyse provoque des petites cicatrices sur le front. Il se frotte le front au papier de verre pour faire disparaître les marques, "...je n'aurais jamais dû toucher à cet endroit sensible, mon front. J'ai commis là une faute irréparable. Je ne peux plus vivre, tant que cette marque existera. Je pense au suicide ...".

Il fait alors son service militaire. Anxieux, déprimé, avec des idées de suicide, il doit être hospitalisé en milieu psychiatrique pendant 10 mois.

Il finit son service militaire. Il reste obsédé par sa cicatrice au niveau du front. Il essaye différentes coiffures, mais le coiffeur ne lui

fait jamais la coupe qui lui convient. Il en arrive à se couper les cheveux lui-même. Il se regarde longuement dans le miroir.

Il est timide en société, présente des difficultés de contact et ne se sent à l'aise que lorsqu'il améliore son physique. Avant son hospitalisation, il finit par ne plus sortir de chez lui pour qu'on ne puisse pas voir sa cicatrice.

En Mai 1963, il rentre à la Clinique pour un état dépressif et anxieux. Il parle longuement de ses préoccupations esthétiques, touchant essentiellement l'implantation de ses cheveux et la forme de son front.

Il est traité en Service Libre, puis en Service fermé.

En effet son anxiété s'accroît, centrée sur ses cheveux. Des idées de suicide se précisent, "... la mort est préférable à mon état actuel ...". Il ne critique absolument pas ses troubles, il est convaincu du bien fondé de sa conduite.

DES TESTS PSYCHOLOGIQUES ont été pratiqués dans le Service :

Test de vocabulaire : 119.

Le niveau intellectuel, estimé sur le plan verbal est nettement supérieur à la moyenne.

Les épreuves de personnalité mettent en évidence un grand nombre d'aspects pathologiques qui en dépit d'une certaine atypicité semblent de nature psychotique. Il existe une appréhension inadéquate de la réalité, des bizarreries de la pensée, une anxiété intense paraissant en rapport avec la conscience partielle que le sujet a du caractère morbide de ses difficultés et s'accompagnant de mécanismes peu structurés de la série phobico-obsessionnelle, des troubles de contact liés à un égocentrisme profond et surtout une labilité émotionnelle extrême avec agressivité et grave impulsivité.

Au total l'hypothèse d'une évolution schizophrénique paraît vraisemblable.

Le malade est amélioré par une série d'électro-chocs avec prise de distance à l'égard des préoccupations obsédantes au sujet de ses cicatrices. La thymie est moins dépressive. Il sort peu après.

Il a été revu récemment en juillet 65.

Il était très amélioré. Il rougit facilement, garde une certaine gêne à vivre avec les autres.

Il ne prête plus attention à sa séborrhée et aux cicatrices marquant son front.

Ses préoccupations esthétiques portent sur la forme de son visage, quand on lui coupe les cheveux, son visage lui plait moins, "... on aperçoit davantage la forme de son visage et de son crâne.

Le haut de son visage est trop étroit par rapport à sa mâchoire.

Sur le plan social il est mieux adapté. Il a trouvé une situation importante et vit depuis un an avec une femme de 40 ans.

Le diagnostic porté sur ce cas était :

Celui d'une personnalité marginale. Le risque d'une évolution schizophrénique semblait à craindre dans l'avenir.

CAS N° 6. -

Madame Renée A... âgée de 39 ans, sans profession.

Est entrée en Service Libre le 28-1-62, au cours d'un accès anxieux, avec manifestations compulsives.

Il s'agit essentiellement de compulsions à se couper les cheveux.

... Après une lutte anxieuse, elle se coupe une mèche de cheveux. régularise la coupe. Elle réduit ensuite chaque mèche de cheveux qui dépasse, veut rendre l'autre côté symétrique. Elle finit par couper toute sa chevelure "à la garçonne"... Elle se trouve ridicule, mais "c'est plus fort qu'elle" dit-elle. Lorsqu'elle a commencé, elle ne peut plus s'arrêter. Elle lutte en vain contre cette compulsion. Après avoir saccagé sa chevelure, elle pleure en s'accusant de stupidité.

Quand elle se regarde ensuite dans la glace, elle se trouve horrible et éprouve un malaise à l'idée de sortir et de se montrer ainsi.

Elle reste des heures à se contempler dans la glace, hésitant à sortir. Lorsqu'elle est dehors, elle n'est plus angoissée. Les gens ne la regardent pas, n'ont pas l'air surpris.

BIOGRAPHIE :

De son enfance, on retiendra essentiellement le caractère rigide de son éducation.

Elle décrit son père, comme un homme obsessionnel.

Sa mère comme une femme douce et bonne.

Elle est fille unique.

C'était une enfant très sage, aimant la lecture ou les occupations de garçon. Elle nous dira à ce propos qu'elle a toujours regretté de ne pas être un homme.

Elle avait un caractère renfermé, mais avait malgré tout des relations faciles avec son entourage. Elle a toujours été scrupuleuse, méticuleuse, menant une vie très organisée.

On note au cours de son enfance, et de son adolescence :

- une onychophagie jusqu'à l'âge de 17 ans.

- Entre 13 et 17 ans, une compulsion constituant dans l'émission d'un bruit par sa gorge contractée.

Sa scolarité se passe normalement. Elle passe son C.E.P. à 14 ans, puis elle fait des études de comptabilité.

Elle se marie pour la 1ère fois à l'âge de 19 ans.

"Mariage intellectuel" dit-elle. Elle et son mari s'appréciaient mutuellement à cause d'un goût commun pour la lecture. Elle demande le divorce 9 mois après le mariage, car elle ne veut plus vivre avec ce mari qu'elle n'aime pas.

A l'âge de 27 ans, elle se marie pour la deuxième fois.

Elle cesse alors son métier de comptable qu'elle avait exercé jusqu'alors.

Son mari lui amène 3 enfants d'un premier mariage, auxquels elle est très attachée.

Elle considère son 2ème mariage, comme une réussite. Elle reproche à son mari son autorité, absolue, son orgueil. Elle l'accepte pourtant car elle l'admire pour son intelligence..

Elle n'a pas eu d'enfants de son 2ème mariage.

ANTECEDENTS FAMILIAUX :

Son père âgé de 70 ans, a présenté trois accès mélancoliques à partir de l'âge de 64 ans.

Antécédents personnels :

En 1950 : elle est opérée d'une grossesse extra-utérine.

En 1960 : elle subit une hystérectomie totale pour un fibrome.

Les suites opératoires sont gravées par de multiples complications infectieuses, puis une septicémie.

Elle fait à cette occasion un état confuso-onirique pendant quelques jours : dans son délire oniroïde, elle croit avoir accouché d'un enfant, elle se pose des questions angoissantes sur son identité et sur son sexe. Les troubles disparaissent en quelques jours et ne laissent pas de séquelles.

HISTOIRE DES TROUBLES

- Sur cette structure obsessionnelle datant de l'enfance, la compulsion à se couper les cheveux est survenue pour la première fois au moment de l'enterrement du grand-père de son mari en 1959. C'était un vieillard de 80 ans, qu'elle avait dû soigner pendant les quatre dernières années. Ce qui l'avait obligée à mener une vie très retirée.

- Honteuse de son geste, elle ne consulte pas de médecins à cette époque. Elle achète une perruque pour cacher sa coupe de cheveux.

Quelques jours plus tard, dans le même état de lutte anxieuse, elle coupe et taille la perruque en voulant rectifier chaque mèche.

Une deuxième perruque subit le même sort, quelques jours plus tard.

Elle se décide alors à consulter un psychiatre :

Elle est très améliorée par un traitement associant du Tofranil et des neuroleptiques mineurs.

Son anxiété cède, sa compulsion disparaît.

- Quatre mois plus tard, elle se prépare à partir retrouver sa mère à Cannes, qui doit y subir une intervention chirurgicale.

Elle se trouve brusquement très angoissée à l'idée de ce voyage.

Elle craint d'autre part que ses amis ne découvrent cette compulsion dont elle a honte, en voyant sa chevelure courte.

C'est au cours de cet accès anxieux qu'elle est hospitalisée en Service Libre.

Dans le service, elle s'améliore rapidement sous l'effet d'un traitement anti-dépresseur. Elle sort le 13-2-62.

Il semble s'agir :

- d'une compulsion à se couper les cheveux, survenant par période sur une structure obsessionnelles.

Des préoccupations esthétiques apparaissent secondairement, motivées par la nécessité de porter une perruque dissimulant la chevelure.

CAS N° 7. -

Mme Chantal L... âgée de 35 ans, sténo-dactylo.

Est hospitalisée en avril 64, au Service fermé, avec le certificat suivant : ... Syndrome dépressif et anxieux évoluant depuis plusieurs semaines chez une personnalité marginale. Préoccupations hypochondriaques obsédantes centrées sur une cicatrice de la cheville.

Sentiment d'atteinte irrémédiable de son intégrité corporelle.

Troubles du comportement à type d'apragmatisme, d'incurie, de réactions clastiques. Anxiété vive, pleuro-logorrhée désordonnée avec tendance au rationalisme morbide. Long passé de troubles psychonévrotiques avec instabilité professionnelle, vie sentimentale agitée, sentiment pénible d'isolement, d'incapacité à vivre comme tout le monde, d'être hors de la réalité. Notions de préoccupations hypochondriaques antérieures. S'est arrachée tous les cheveux avec la conviction critiquée actuellement qu'ils étaient atteints d'une maladie. Conscience de l'état morbide vécue sur le mode de la culpabilité, de l'indignité, de l'incurabilité.

BIOGRAPHIE :

Elle est née en 1929 dans une famille protestante assez rigide.

Elle aurait été une enfant très difficile. Elle fait des études secondaires mais ne passe pas son baccalauréat. Elle prépare un diplôme d'anglais à la chambre de Commerce Britannique et suit des cours de Secrétariat. Elle avait beaucoup d'amis, mais voulait briller et les évincer.

A 20 ans, elle commence à travailler. Elle était à ce moment très coquette, cherchait beaucoup à plaire. Attachée à sa foi protestante, elle restait réservée avec les hommes.

Sa première obsession serait survenue à cette époque. Pendant un week-end pluvieux, elle est obsédée par l'oubli d'un pantalon.

Cette obsession s'accentue au point d'entraîner un état dépressif qui nécessite une hospitalisation d'un mois à l'hôpital de Versailles.

En 1953, âgée de 24 ans, elle se marie. C'est son père, désireux de se débarrasser de sa fille qui l'aurait obligée. Elle n'aime pas son mari. Mais c'était pour elle une occasion de se séparer de ses parents. Elle s'entend mal avec son mari et divorce 2 ans après.

Pendant 6 ans, jusqu'en 1960, elle se sent bien. Elle travaille régulièrement. Elle mène une vie sexuelle instable, changeant fréquemment d'amants, allant dans les bars parfois pour trouver un homme pour la nuit. Elle quitte sa place de secrétaire parce qu'elle est amoureuse d'un de ses patrons qui ne veut pas lui céder.

C'est en 1960, que commencent les manifestations pathologiques.

Elle est hospitalisée en Clinique privée pour un état dépressif.

Son angoisse est polarisée par ses cheveux : elle voit ses cheveux devenir noirs, et craignant qu'ils ne soient malades, elle veut s'en débarrasser : Elle se les arrache au point d'entraîner une calvitie complète.

On la traite par une cure de sommeil. Elle part en convalescence un mois, fait une tentative de suicide en se tailladant les veines du poignet.

Elle reprend son travail pendant un an. "... J'étais très angoissée parce que je n'avais plus mes obsessions..."

En 1962, au cours d'un voyage à Venise, elle est obsédée par la crainte de perdre sa perruque. Elle se sent seule, différente des autres, et elle recommence à s'arracher les cheveux.

En juillet 1962, elle fait à nouveau un séjour en clinique privée.

Elle s'arrache les cheveux surtout après avoir eu des rapports sexuels parce qu'elle se dégoûte et veut se détruire.

Elle sort guérie de l'obsession de ses cheveux, mais demeure très angoissée.

En décembre 62 : elle présente un oedème malléolaire en regard d'une exostose, séquelle d'une fracture de jambe. Elle est obsédée par cette exostose. Elle a l'impression que tout le monde la regarde.

Elle se fait opérer de son exostose, "... Je savais que l'opération serait inutile, c'est pourquoi je l'ai faite..." Elle est soulagée de ses obsessions pendant quelques mois.

En mars 1963, elle reprend son travail : Un mois après, elle fait une deuxième tentative de suicide aux barbituriques. Elle est hospitalisée quinze jours à l'hôpital Laënnec puis deux mois en Clinique privée. Elle sort guérie de ses obsessions et de ses angoisses, va bien plusieurs mois en prenant régulièrement un traitement neuroleptique. Elle reprend son travail.

En décembre 63, les obsessions surviennent à nouveau :

- obsession de ses cheveux et de ses sourcils.

- obsession de sa cicatrice à la cheville qu'elle cherche à maquiller,
- obsession d'avoir perdu son journal intime,
- arithmomanie.

Elle aurait cassé divers objets dans sa chambre. Elle devient tout-à-fait apragmatique.

DANS LE SERVICE :

Sa présentation frappe d'emblée, marquée par un théâtralisme, une hyperexpressivité, un certain maniérisme.

L'anxiété domine le tableau clinique.

Au cours des entretiens, elle présente un certain degré d'excitation intellectuelle avec logorrhée, fuite des idées.

Tout un ensemble de traits hystériques sont notés :

- suggestibilité psychoplasticité,
- tendance mythomaniaque,
- érotisation de la conduite,
- théâtralisme - hyperexpressivité.

On en trouve pas de syndrome d'automatisme mental.

Aucun élément délirant. Elle est parfaitement consciente de l'absurdité de ses troubles.

Elle est améliorée par un traitement associant neuroleptiques et anti-dépresseurs et sort en juin 64.

Deux diagnostics ont été évoqués à son sujet :

- névrose grave de structure hystérique avec manifestations obsessionnelles,
- personnalité marginale.

CAS N° 8. -

Mademoiselle Isabelle A... âgée de 26 ans est entrée au Service Libre le 9-3-63, pour une compulsion à s'arracher les cheveux au point d'être obligée de porter une perruque.

Cette trichillomanie s'accompagne d'une certaine anxiété.

BIOGRAPHIE :

Elle est née à Paris en 1936.

Elle est la 4ème d'une famille de 7 enfants. Elle décrit l'atmosphère de sa famille comme un monde étouffant et rigide.

Le père est autoritaire, souvent écrasant, n'admettant jamais la contradiction.

La mère, semble frustrante, hyperprotectrice. Elle laisserait peu d'initiatives à sa fille.

Les autres frères et soeurs souffriraient aussi de l'atmosphère familiale. Aucun des enfants n'osaient s'opposer ouvertement aux parents et ne pouvaient exprimer ni affection, ni agressivité.

Un de ses souvenirs d'enfance se rapporte à une amitié avec une petite fille du voisinage que ses parents lui citaient en exemple.

Elle avait les cheveux raides comme elle aurait aimé en avoir, malheureusement les siens étaient frisés et longs. "... J'avais déjà un complexe pour mes cheveux..."

Elle a ses premières règles à l'âge de 13 ans.

Sur le plan scolaire, elle fait de bonnes études primaires et secondaires. Après le 1er baccalauréat, elle subit un échec au 2ème et manifeste le désir d'arrêter ses études. Elle désire être interprète et part aux Etats-Unis.

Sa scolarité a été dominée par une anxiété intense, à l'idée d'être interrogée en classe. Chaque soir c'était un soulagement pour elle d'avoir évité une interrogation.

LE DEBUT DES TROUBLES

Le début des troubles semblent remonter à l'âge de 16 ans, âge à laquelle elle commence à s'arracher les cheveux.

A 19 ans, elle est vue pour la 1ère fois par un psychiatre qui parle de névrose, insiste sur le comportement de ses parents dans la genèse des troubles. A la suite de cette consultation, elle décide de s'éloigner de ses parents et part aux Etats-Unis. Au cours de ce séjour les symptômes s'atténuent. En fait, elle se reproche d'avoir quitté sa famille. A son retour le symptôme réapparaît.

En 1960 elle est obligée de porter une perruque.

En 1961 elle a 25 ans, elle est hospitalisée en clinique privée, y subit une cure de neuroleptique. On parle alors d'état pré-psychotique.

A sa sortie, elle est améliorée. Elle s'éloigne de ses parents, et prend une chambre indépendante. Elle reprend une certaine activité, mais change fréquemment d'emploi.

- secrétariat, vendeuse, elle reste de longues périodes sans travailler. De toute manière ces emplois ne correspondent en rien à ses possibilités intellectuelles.

Elle présente à cette époque quelques idées délirantes. Elle a été plusieurs fois suivie dans son quartier par des Nord-Africains, et aurait été agressée une fois. Peu à peu elle vit constamment dans la crainte d'être suivie et attaquée.

Au début de l'année 1963, la compulsion à s'arracher les cheveux réapparaît. Elle vit dans un grand isolement affectif, elle n'a pas d'amis, n'a jamais eu d'histoire sentimentale, elle est totalement apragmatique.

Elle est hospitalisée au Service Libre en mars 63.

La symptomatologie est dominée par la compulsion à s'arracher les cheveux.

Elle est obligée depuis un certain temps de porter une perruque pour cette raison. Cette absence de cheveux est pour elle une source de souffrance et polarise fréquemment ses ruminations anxieuses.



- Elle passe de longues heures à ne rien faire, pensant à ce qu'elle ferait si elle avait des cheveux.

- Elle rationalise ainsi son isolement affectif, elle ne peut pas avoir d'amis parce qu'elle ne pourrait pas leur dire qu'elle n'a pas de cheveux, et qu'elle porte une perruque. Elle en a parlé à une de ses camarades. Depuis elle ne peut plus supporter cette amie.

En dehors de cette compulsion à s'arracher les cheveux, on retrouve chez elle d'autres traits phobo-obsessionnels.

- vérifications multiples, (fermeture des portes, du gaz),
- peur de marcher sur les raies des pavés,
- peur d'avoir des accidents dans le métro.

Sur le plan du comportement on note :

- l'importance de l'apragmatisme,
- l'isolement social.

Enfin elle se présente avec une certaine indifférence à son état.

Un examen psychométrique est pratiqué dans le service :

... Sujet de niveau intellectuel nettement supérieur à la moyenne. Les données recueillies aux épreuves de personnalité s'avèrent franchement pathologiques. Non pas tant au Rorschach où les traits relevés ; narcissisme, rigidité et stéréotypie des réactions, impulsivité, ne sont pas dans le sens d'une structure obsessionnelle. Quant au M.M.P.I. où le profil obtenu est extrêmement perturbé (prise de conscience insuffisante au groupe, apragmatisme social, troubles du caractère et du comportement).

L'ensemble du tableau évoque un diagnostic de structure psychotique sans que la signification pronostique puisse en être précisée.

Après une période d'observation dans le service, et un traitement au majeptil, elle sort en avril 63.

- Le diagnostic porté est celui d'un état border-line, l'évolution vers une dissociation schizophrénique étant à craindre.

CAS N° 9. -

Mademoiselle Jacqueline V... âgée de 29 ans.

Entrée au Service Fermé le 27 juillet 1965, venant de la Petite Roquette où elle purgeait une peine de 4 mois de prison pour vol et usurpation d'identité.

Le certificat de quinzaine est rédigé dans les termes suivants :

... Troubles du comportement de l'adaptation sociale chez une schizophrène d'évolution ancienne : Pensée inconsistante approximative avec paralogismes, froideur affective, désintérêt, ambivalence, maniérisme, petit parasitisme mimique. Attitude autistique, préoccupations somatiques. Notions d'instabilité socio-professionnelle avec apragmatisme épisodique. Explicite un syndrome d'influence floue avec adhésion très variable dans le temps.

BIOGRAPHIE :

Nous avons peu de renseignements biographiques sur cette malade.

Elle est née à Lyon en 1936.

Elle est fille unique et n'a jamais connu son père. En effet : ses parents ont divorcé et l'enfant est née après leur divorce.

Sa mère l'a toujours élevée tout en travaillant comme secrétaire.

Elle était extrêmement faible avec sa fille lui laissant toute liberté. Melle. V... a fait de bonnes études secondaires jusqu'à l'âge de 17 ans, date à laquelle sont apparus les premiers troubles.

HISTOIRE DES TROUBLES :

Ils sont apparus vers l'âge de 17 ans sous forme de difficultés scolaires. Elle présente alors des difficultés de concentration et d'attention qui s'aggravent avec le temps.

A l'âge de 19 ans, elle vient à Paris, quittant sa mère pour faire une capacité en droit. Sa mère subvenant à ses besoins.

Elle présente à cette époque des troubles du comportement marqués surtout par une grande instabilité. Elle change fréquemment de chambre,

déambule dans Paris, traîne dans les cafés et les cinémas. Elle a plusieurs aventures sentimentales.

Un apragmatisme progressif s'installe. Elle reste parfois plusieurs jours dans sa chambre à "se raconter des histoires". Elle travaille pendant de courtes périodes puis quitte brusquement son travail sans motivation précise.

Les troubles semblent s'être accentués depuis environ 3 ans, avec l'apparition d'un syndrome d'influence avec des thèmes persécutifs peu élaborés à mécanisme interprétatif, à l'aide duquel elle rationalise des sentiments de transformation corporelle.

Elle a fait la connaissance d'un homme qui lui parlait de "tripotage de photos" de sorcellerie. Ce serait un amant jaloux et éconduit qui tripoterait ses photos et la rendrait malade.

De là viennent tous ces troubles.

"... Quand ils manipulent mes photos, j'ai les yeux dans le vague, je ne peux pas me regarder dans la glace, je ne sais pas ce que j'y verrais..."

C'est ainsi qu'elle explique ses sentiments de transformation corporelle qui atteignent :

- elle a un double menton,

- elle a une salive spéciale..." ... un souffle qui monte de l'estomac et qui donne une mauvaise haleine. Les gens le sentent et se détournent de moi..." Elle aurait trouvé plusieurs maris possibles, mais c'est l'odeur qui les détourne d'elle.

Nous pouvons peut-être rapprocher de ces sentiments de transformations corporelles, les craintes qu'elle éprouvait il y a 4 ans au sujet de son nez. "... il était trop gros, trop gros du bout..."

Elle a subi il y a 4 ans, une rhinoplastie en clinique privée.

Elle conserve pendant ces trois dernières années une adaptation sociale précaire, s'accommodant de son délire d'influence auquel elle donne une adhésion très variable dans le temps. Elle n'a reçu aucun traitement.

Les troubles du comportement se sont aggravés récemment :

- Au cours d'un état d'excitation elle fait un vol dans un magasin, puis jette l'argent volé. C'est à la suite de ce vol qu'elle est incarcérée à la Petite Roquette.

A l'entrée, elle se présente :

- excitée, logorrhéique, euphorique.

Son attitude est franchement discordante avec parasitisme minique, rires immotivés, indifférence et inconscience des troubles,

- ambivalence, maniérisme.

Le délire d'influence dont nous venons de rapporter les thèmes, domine le tableau :

L'observation n'a pu être poursuivie, la malade s'étant évadée le 17-8-1965.

Dans cette observation, les plaintes concernant le physique apparaissent indiscutablement dans le cadre des idées de transformation corporelle au cours d'une schizophrénie avérée.

IV - ETUDE CLINIQUE

Bien que les observations que nous avons présentées diffèrent les unes des autres, les sujets étudiés présentent indiscutablement un ensemble de traits cliniques communs que nous allons essayer de dégager.

DIFFICULTES DE CLASSIFICATION NOSOGRAPHIQUE

Ce qui frappe au premier abord, c'est la complexité du tableau clinique, et surtout la difficulté qu'on rencontre toujours à classer le malade dans un cadre nosologique précis. Il n'est que de constater les divergences entre les différentes observations et les différents certificats qui ont jalonné l'observation de ces malades. Le pronostic ultérieur n'apparaît jamais nettement, et l'évolution de ces cas est généralement difficile à prévoir. Le symptôme est souvent isolé, ne s'accompagnant pas d'un cortège de signes cliniques permettant de classer le malade dans le cadre de la nosologie classique.

Nous reviendrons sur ce problème important dans un chapitre ultérieur au cours duquel nous ferons un essai de classification nosographique.

Après ce court aperçu sur les problèmes diagnostiques qui se posent, nous allons essayer de regrouper les traits cliniques communs à ces malades, et de définir ainsi les éléments du syndrome dysmorphophobique.

1.- TENDANCES DEPRESSIVES

Il est frappant de constater la fréquence et l'importance des états dépressifs survenant chez ces sujets : c'est d'ailleurs très souvent au cours d'un état dépressif anxieux qu'on est amené à voir le malade et souvent à l'hospitaliser.

a.- L'Anxiété est toujours au premier plan du tableau, elle est retrouvée chez tous nos malades. Elle est en général très intense, permanente, elle est le plus souvent centrée sur les préoccupations esthétiques qui polarisent entièrement cette vive anxiété.

Cette anxiété est manifestement disproportionnée quant à son but et présente ainsi un caractère psychotique.

b.- D'autres manifestations dépressives sont également présentes :

- un dégoût permanent de la vie est souvent exprimé par ces sujets en rapport avec leurs difficultés continuelles à se supporter, et à entrer en contact avec autrui.

- on retrouve souvent également un apragmatisme important, des troubles du sommeil.

c.- Au cours de ces états dépressifs, les tentatives de suicide sont fréquentes.

Elles surviennent :

- le plus souvent au cours d'un paroxysme anxieux.

- parfois au décours d'une intervention esthétique souhaitée.

Le malade est alors déçu par les résultats et se décompense brutalement.

Quant aux idées de suicide, elles sont constantes au cours de ces épisodes dépressifs.

1 - Elles sont le plus souvent menaçantes,

Le malade se sent en effet acculé au suicide, tant est grande son anxiété. Il lui est impossible de supporter plus longtemps ce qu'il appelle sa disgrâce physique.

... Jean G., nous dit "Je ne peux plus vivre tant qu'existe cette marque au front. Mon seul espoir de vivre, c'est qu'elle disparaisse"...

... Germaine D., nous dit, ... "si les Médecins ne peuvent rien pour moi, si on ne peut m'opérer, je préfère disparaître"...

Le suicide apparaît ainsi comme la seule issue possible à l'horrible situation dans laquelle ils se trouvent.

2 - Plus rarement, la formulation d'idées de suicide peut représenter un moyen de pression sur un entourage réticent à envisager une solution chirurgicale aux problèmes. Les chirurgiens sollicités doivent parfois affronter un chantage au suicide.

Les manifestations dépressives dominent ainsi le tableau clinique :
Nous en retiendrons :

1°) L'intensité particulièrement importante de l'angoisse centrée sur les préoccupations esthétiques, de caractère souvent psychotique, étant donné la disproportion entre sa gravité et ses motivations.

2°) La fréquence des tentatives de suicide et la constance des idées de suicide proches de leur réalisation.

2 - Le caractère et la nature même de ces préoccupations obsédantes mérite d'être discutés.

1°) Leur siège

Il s'agit d'un des traits les plus marquants du visage :

a - C'est le nez le plus souvent.

Il est trop long, trop court, trop rond. Sa ligne n'est pas satisfaisante. On n'ose pas se montrer de profil. Rappelons à ce propos la signification symbolique phallique du nez.

b - Ailleurs, ce sont des détails plus fins du visage qui sont critiqués :

- Les cheveux qui changent de couleur, qui semblent malades, qui sont mal plantés.

- Les yeux qui ont une forme insatisfaisante, sont trop petits.
Ou les paupières qui sont plissées, ridées, trop lourdes.

c - Parfois, c'est la forme globale du visage qui ne convient pas au sujet.

d - La bouche n'est pas atteinte par des préoccupations esthétiques. Elle est moins faite pour être vue, et apparaît davantage comme un organe fonctionnel.

La sphère orale, par contre, est fréquemment le siège de manifestations hypochondriaques, (dysesthésies).

2.- CARACTERE DES PREOCCUPATIONS ESTHETIQUES : Idée prévalente.

Les préoccupations esthétiques sont vécues par le malade comme une idée prévalente sur laquelle se concentre douloureusement toute la vie psychique et qui oriente une grande partie de l'activité du malade.

1 - Concentration douloureuse de la vie psychique

a.- L'idée de sa laideur s'impose sans cesse au sujet, polarisant l'anxiété, cette conviction est en effet vécue avec une vive angoisse.

Elle est entière, inébranlable, envahissante, entraînant un rétrécissement du champ de la conscience.

Elle est absolue, inaccessible au raisonnement.

b.- Cette idée prévalente ne s'intègre pas dans un ensemble délirant, le plus souvent. Elle reste dans un secteur limité, et on n'assiste que rarement à une importante extension délirante.

D'autre part, il n'existe pas de projection dans la sphère acoustico-verbale.

Dans aucun des cas observés, des hallucinations auditives ou visuelles n'ont été découvertes.

Par contre, des cénesthésies ont été retrouvées dans deux de nos observations, limitées à des craquements du nez dans la première (Geneviève B...)

Beaucoup plus étendues décrites avec un luxe de détails extraordinaires dans le deuxième cas (Germaine D...)

..."mon nez est comme un ressort bandé qui ne peut se détendre" etc...

c.- On peut être frappé aussi par la pauvreté de l'élaboration, dans l'expression des plaintes.

- L'idée prévalente est exprimée de façon stéréotypée, inlassablement au cours de l'examen.

- "Ce sont mes yeux, j'ai des rides sous les yeux, je n'étais pas comme celà avant, je veux me faire opérer..."

- "J'ai les cheveux mal implantés".

Les mêmes plaintes sont exprimées au cours des différents examens dans les mêmes termes, sans modification dans leur élaboration.

3 - Cette idée prévalente entraîne toute une série de conduites actives :

Dès que ces sujets ont la conviction absolue de leur laideur, ils vont polarisés une partie de leur activité à la recherche d'un moyen susceptible de réparer leur défaut physique. C'est la seule solution qu'ils envisagent pour soulager leur angoisse. Lorsqu'ils apprennent qu'une transformation est réalisable, ils entreprennent une quête inlassable pour arriver à leurs fins. Les conduites sont multiples et poursuivies avec une grande sthénie d'autant plus inlassablement que leur réalisation leur semble quelque chose d'indispensable à leur survie.

La lecture de journaux de beauté jouent un rôle important dans leur information. C'est là qu'ils découvrent les "miracles" de la chirurgie esthétique. Les femmes y apprennent comment se maquiller, se coiffer en adaptant leur coiffure à la forme du visage etc...

Après ce stade d'information auprès des journaux et auprès de l'entourage les recherches passent à un stade actif.

Plusieurs chirurgiens sont sollicités.

Très souvent le malade se heurte à un refus d'intervention, car le défaut invoqué est minime. Loin de se décourager, il poursuivra sa quête sans relâche, il importunera systématiquement tous les chirurgiens dont il aura entendu parler, jusqu'à ce qu'il en trouve un, acceptant de l'opérer.

Il usera, lorsqu'il le juge indispensable, de chantage affectif et même de chantage au suicide auprès de l'entourage et des médecins.

Parfois le sujet trouve un chirurgien acceptant l'intervention.

Le sujet n'est pas amélioré par cette intervention et se retrouve souvent plus anxieux qu'auparavant. Il attribuera immédiatement son insatisfaction à la persistance du défaut invoqué et recommencera sa quête auprès du même chirurgien ou auprès d'un de ses collègues, jusqu'à obtenir une autre intervention. Un des cas décrits a subi ainsi 7 interventions sur le nez. Aucune des démarches tentées pour faire disparaître le défaut obsédant, aboutit à quelque soulagement de l'angoisse. Rien ne donne jamais satisfaction.

Il est intéressant de noter que cette insatisfaction ne se traduit jamais par des conduites quérulentes ou processives contre les chirurgiens. S'il existe une certaine rancune contre ceux-ci, elle n'est pas motivée par les fâcheux résultats.

... Germaine D... l'explique très bien ainsi : "... Je ne lui en veux pas, pour l'intervention ratée, je lui en veux parce qu'il ne m'a pas cru, parce qu'il a fait passer ça pour quelque chose de psychique..."

Nous retrouvons cette même attitude dans nos autres cas. Loin d'être découragés par les résultats décevants d'une intervention, ils reprennent aussitôt leurs démarches, et leurs rancunes se portent contre ceux qui ne prennent pas leur anxiété en considération.

..."Il n'a rien votre nez, il est très bien, c'est psychique ..."

De telles phrases les désespèrent.

Ces préoccupations esthétiques qui sont des idées prévalentes polarisent ainsi toute la vie psychique de ces sujets et toute leur activité dans une lutte active pour se débarrasser du défaut supposé.

3.- ETUDE GLOBALE DU COMPORTEMENT

Un essai d'approche du vécu de ces sujets montre un ensemble de traits communs frappants : essentiellement leur narcissisme, leur égo-centrisme, une adaptation sociale précaire aboutissant à un isolement de plus en plus marqué.

1 - Les traits narcissiques sont toujours très marqués :

A.- Un idéal inaccessible de perfection physique est constant.

1°) On le retrouve fréquemment dès l'enfance. C'est vers 7, 8 ans que surviennent les premières interrogations concernant le physique. L'enfant est insatisfait par l'image qu'il rencontre dans le miroir.

Il aurait aimé être différent.

Un de nos malades déclare :

"... A 7 ans je me suis vraiment découverte dans une glace, j'ai été stupéfaite de me trouver si laide. La forme de mon visage, mes yeux, mes cheveux, rien ne me plaisait"...

Toujours on retrouve la même plainte.

"... J'aurais voulu être belle..."

"... Je ne me suis jamais trouvée à mon vrai goût..."

"... Je ne me suis jamais senti bien dans ma peau ..."

2°) Les jeux avec le miroir sont toujours retrouvés.

Le miroir est fréquemment consulté.

C'est devant lui que le sujet constate l'écart entre la réalité des traits imparfaits réfléchis et le visage idéal qu'il souhaiterait y voir. C'est lui le témoin constant des ruminations dépressives concernant l'imperfection du visage, des essais actifs pour y porter remède.

Au cours des épisodes dépressifs, les jeux de miroir deviennent interminables en une contemplation vertigineuse de l'idéal inaccessible.

Cette contemplation devient parfois si intolérable, chargée de tant d'angoisse qu'une de nos malades en était arrivée à dissimuler chez elle tous les miroirs pour échapper à la vue de son visage.

3°) Nous avons examiné dans le chapitre précédent toutes les conduites actives déterminées par la recherche de cet idéal de perfection physique.

Rien n'est trop beau, trop cher, trop difficile pour y parvenir.

Cette quête esthétique se retrouve souvent au niveau d'une certaine recherche vestimentaire. Les vêtements prennent une grande importance dans la vie de ces sujets.

Certains des malades décrits ayant évolué vers une désocialisation progressive faisaient des dépenses vestimentaires excessives grévant lourdement leur budget, alors qu'ils vivaient dans un isolement complet.

4°) Cet idéal de perfection physique n'est jamais trouvé. Rien ne peut leur donner satisfaction. Chaque essai d'amélioration se solde par un échec.

Aucun maquillage ne convient pour dissimuler ce teint terne.

Aucune intervention ne parvient à donner à ce nez une ligne satisfaisante.

Aucune coupe de cheveux ne cache cette implantation défectueuse. C'est toujours la même image angoissante, insatisfaisante que le sujet découvre dans le miroir.

5°) De cette recherche de l'idéal de perfection physique nous rapprocherons les aspirations vers un métier de vedette que nous avons retrouvé dans deux observations.

Ces aspirations (mannequin, chanteuse à la mode) avaient été éprouvées par nos malades vers l'âge de 18 à 20 ans. Il est frappant de constater qu'elles étaient associées, dans la vie courante, à un retrait dans une situation d'isolement.

2 - L'égoïsme marque leur comportement social.

L'entourage de ces malades insiste sur leur égoïsme dans la vie quotidienne.

Ils ne vivent que pour eux, ne pensent qu'à leurs propres intérêts.

A côté de cet égoïsme, on retrouve une attitude très particulière vis-à-vis de la société.

Ils sont constamment déchirés entre leur besoin de plaire, d'être admirés et par la certitude de leur laideur.

On retrouve d'une part, en effet, un désir constant d'approbation, d'attention vis-à-vis du milieu familial et professionnel.

Ils ont besoin de se montrer, de plaire.

D'autre part, ils ont le sentiment profond de ne pouvoir plaire à l'entourage, parfois même d'être rejetés, à cause de leur physique :

"... J'ai senti que les autres s'éloignaient de moi et j'ai pensé que c'était parce que j'étais mal maquillée..."

Ils se sentent différents des autres, ridicules, parce qu'ils sont disgraciés. Ils pensent que c'est à cause de leur laideur qu'ils ne sont pas aimés.

Leur égocentrisme provoque des difficultés de relations avec les autres insurmontables qu'ils perçoivent. La conviction de leur laideur leur sert d'alibi pour fuir la société. Ils éprouvent un sentiment pénible d'isolement.

Melle Huguette C. explique ainsi son isolement :

"... C'est à cause de mon teint qui n'est pas uni, qui n'est pas net, les autres me fuient..."

En raison de l'échec de leurs relations affectives, de leur sentiment profond de rejet de l'entourage, de leur certitude de ne pouvoir plaire, comme ils l'aimeraient, ils s'isolent progressivement.

Dans les premiers temps, il persiste une certaine adaptation sociale. Le sujet continue à travailler, à voir ses proches, mais les contacts sociaux à l'extérieur de ces cadres sont très réduits.

Dans un 2ème temps, l'isolement devient tout à fait complet.

Le malade craint le regard d'autrui dans la rue, au travail. Il a l'impression qu'on le fuit à cause de sa disgrâce, qu'on se moque de lui.

Il refuse de sortir, de se montrer même à sa famille. Il ne veut pas imposer aux autres le navrant spectacle de son visage.

Ainsi Melle D... pendant une longue période continua à travailler se rendant en taxi à son bureau, pour éviter les regards des passants. Mais elle refusait toute autre sortie, mêmes les courses indispensables

dans son quartier. Deux mois avant son hospitalisation, elle restait confinée chez elle, ne quittant pas son lit, plongée pendant des heures dans la contemplation de son miroir...

3 - Leur adaptation sociale est donc toujours précaire.

L'étude de la biographie de ces sujets révèle toujours une existence "en marge".

L'immaturation affective est constante. Ces sujets restent liés à des positions infantiles. Dans la plupart des cas, ils ont été incapables d'établir des liens affectifs valables hors du cadre familial.

Plusieurs des sujets décrits mènent une vie rétrécie auprès de leurs parents.

Leur sexualité est pauvre, inexistante le plus souvent. Quelques rares aventures sentimentales sont toutefois retrouvées, mais elles n'ont jamais été la source de liens affectifs profonds.

Leur existence professionnelle est la plupart du temps insatisfaisante, parfois instable, mal adaptée.

Ailleurs, elle n'est pas en rapport avec les capacités intellectuelles du sujet.

Tous ces différents aspects de la symptomatologie se trouvent donc le plus souvent associés en un tableau caractéristique chez la plupart des sujets que nous avons observés.

V - DETERMINATIONS PSYCHOLOGIQUES PROFONDES

Un essai d'étude dynamique nous montre quelques aspects de la psychologie profonde de ces sujets.

Dans le tableau clinique des dysmorphophobies que nous avons tracé, nous retrouvons :

- 1.- Un trouble de l'image de soi dont nous serons amenés à étudier la genèse.
- 2.- Un narcissisme marqué avec des tendances exhibitionnistes.
- 3.- Un déplacement des problèmes affectifs vers des préoccupations touchant le visage.

Nous étudierons successivement ces différents aspects.

1.- ETUDE DYNAMIQUE DE LA FORMATION DE L'IMAGE DE SOI

L'image de soi n'est pas une donnée première. Elle implique une construction progressive depuis la naissance jusqu'à l'âge adulte. Cette formation de l'image de soi est complexe et évolue parallèlement à la formation de la personnalité, de la conscience de soi. Evolueront ainsi simultanément l'intégration de schéma corporel et la personnalisation.

Chez le nourrisson, "l'image de soi se constitue essentiellement à partir de l'image de l'objet" écrit LEBOVICI. La formation de l'image de soi est dû à un processus de différenciation sujet, objet, que nous allons envisager.

Au cours de la phase de narcissisme primaire, existe une indifférenciation Moi - non Moi.

LACAN, a mis en évidence dans son étude sur le stade du miroir comment agissait les processus d'identification permettant cette différenciation et formant l'ébauche d'une prise de conscience de soi ou d'une image du corps total. Pour LACAN, l'image primitive réside dans la relation nourricière qui unit l'enfant à la mère, les données proprioceptives restant encore incoordonnées. La vision va jouer un rôle décisif dans l'unification où le sujet se dissout dans l'image d'autrui en même temps qu'il s'y trouve. Le stade d'identification du "stade du miroir" se produit vers l'âge de 6 mois. L'enfant n'a encore de lui-même qu'une image de corps morcelé. La "mimique jubilatoire" de l'enfant de 6 mois mis devant un miroir montre qu'il a la compréhension de l'unité de son corps. Par cette intuition illuminative, il se perçoit comme forme humaine dans laquelle il reconnaît à la fois lui-même et autrui. A une image de son corps démembré, se substitue le sentiment d'être un, physiquement et affectivement.

Cette genèse de la conscience de soi et de l'image corporelle, va continuer à évoluer au cours des différentes étapes de la vie instinctivo affective.

RACAMIER insiste : "il me semble aussi qu'il faut insister à cette période sur la fonction importante des caresses prodiguées par la mère sur l'ensemble de l'enveloppe corporelle de l'enfant, ces caresses favorisent l'intégration en un tout qui se tient des morceaux épars et des expériences inintégrées dont se constitue le sentiment normal du corps propre".

La permanence de la communication au sens de la dyade mère enfant, permet la constitution de l'image de soi à partir de l'image des objets. L'attitude de la mère en face du physique de l'enfant est très importante.

LEBOVICI insiste sur le double sens de relation objectale.

"... au sein de la dyade mère-enfant, se développent de façon continue une série de processus circulaires qui expriment les actions et réactions des deux membres du couple ..."

Il est intéressant d'étudier "comment le bébé agit sur sa mère qui à son tour, peut modifier son attitude affective en fonction de la

manière dont elle vit cette relation établie sur des bases qui engagent ses énergies narcissiques".

Comment une mère va vivre la présence de son enfant dysmorphique ou dysharmonique qui lui inflige de profondes blessures narcissiques. Comment de son attitude, dépendra une bonne ou une mauvaise intégration du schéma corporel ?

A la puberté, se poseront à nouveau des problèmes de reconnaissance du corps et d'identification corporelle. Il est intéressant d'étudier comment l'adolescent ressent l'actualité de son corps dans sa relation aux aspirations libidinales et à l'adaptation sociale.

P. MALE écrit à ce sujet : "... Les relations rapides et déconcertantes de l'organisme à cet âge sont inégalement acceptées par les enfants. Il existe très souvent un doute, un besoin de réassurance ... et peu d'adolescents acceptent leur aspect physique d'une manière satisfaisante. Ces problèmes d'acceptation sont évidemment subordonnés aux conflits antérieurs"...

Ces difficultés d'intégrations du schéma corporel d'acceptation de la personne physique évoluent parallèlement aux difficultés d'intégration de l'instinct et ultérieurement, des changements spécifiques de l'image corporelle surviendront, notamment au cours des différents épisodes de la vie génitale chez la femme et du vieillissement.

Parallèlement à cette formation de l'image du corps, évolue la fonction de la conscience de soi. Image et conscience de soi, sont étroitement liés . La permanence de sentiment de soi est le processus essentiel par lequel le Moi s'assure la saisie du réel et l'organisation de l'expérience vécue.

Une perturbation à un stade quelconque de cette évolution est à l'origine des troubles de l'image du corps.

2.- NARCISSISME ET EXHIBITIONNISME

Comme nous l'avons déjà vu, on retrouve chez les dysmorphophobiques un désir de se montrer, se mêlant à une crainte d'être laid.

Otto FENICHEL, écrit à ce sujet dans : "Théorie psychanalytique des névroses":

"... Les craintes d'être laid ou repoussant se révèlent comme les craintes de son propre exhibitionnisme. Certaines personnes présentant de telles peurs luttent inconsciemment pour montrer leur excitation sexuelle, et craignant d'être rejetées ou punies pour de tels désirs ..."

Dans le même chapitre, il faut un essai d'interprétation symbolique de la crainte d'être laid : "... La laideur peut représenter la grossesse ou l'état de castration... Le sentiment de base sous-jacent est la culpabilité. Chez les femmes, la conviction d'être repoussante est basée sur la connaissance de leur défaut de pénis, idée en rapport avec des sentiments de culpabilité provoqués par la masturbation et des idées incestueuses. De même, chez les garçons, une telle angoisse a le sens d'une découverte possible des terribles conséquences d'une activité masturbatoire ..."

Il existe ainsi chez ces sujets des conflits exhibitionnistes, s'exprimant par les symptômes précédemment décrits et aussi par la timidité, le trac, l'érythrophobie souvent associés.

FENICHEL, rappelle ailleurs que le but de l'exhibition, n'est pas seulement de procurer un plaisir sexuel, mais aussi des assurances contre l'angoisse, la culpabilité, le sentiment d'infériorité, symptômes cliniques fréquemment retrouvés... Tous ces besoins narcissiques de réassurance sont aisément perçus chez ces sujets.

Après ce bref rappel théorique sur l'exhibitionnisme, nous pouvons proposer un essai d'interprétation du système "crainte d'être laid". On assiste chez ces sujets, comme nous l'avons déjà vu, à un conflit entre le désir de se montrer et l'impossibilité de réaliser ce désir, car "on ne peut se montrer sans être parfait". Le symptôme apparaîtrait ainsi comme une défense contre le désir de se montrer.

3.- DEPLACEMENT DES PROBLEMES AFFECTIFS VERS DES PREOCCUPATIONS CONCERNANT LE VISAGE.

Le déplacement des problèmes est affirmé d'une façon un peu caricaturale par Chantal L... quand elle nous dit "... ça se passe aux pieds et à la tête parce que cela ne peut être au milieu..."

Il s'agit là d'un mécanisme de défense. L'attention du sujet est

constamment fixé sur un détail du visage. L'angoisse se trouvant ainsi déplacée.

Nous avons déjà envisagé précédemment le problème de l'acceptation de son nouveau schéma corporel par l'adolescent après la puberté, il est évident que les doutes concernant le physique rencontrés fréquemment à cet âge sont les déplacements des problèmes instinctuels encore mal intégrés.

Ce déplacement de l'angoisse au sujet du schéma corporel, si apparent chez l'adolescent se retrouve aussi comme mécanisme de défense chez ces sujets ayant peur d'être laids.

VI - ESSAI DE CLASSIFICATION NOSOLOGIQUE

Dans notre étude clinique, nous avons déjà évoqué les difficultés diagnostiques que nous avons rencontrées lorsque nous avons essayé de classer ces sujets dans un cadre nosologique classique.

Le tableau clinique est en effet rarement franc.

Nous étudierons dans ce dernier chapitre quelles sont les différentes maladies mentales qui peuvent être évoquées en présence de ces dysmorphophobies et quelles sont les nuances du tableau clinique qui permettent d'évoquer le diagnostic.

1.- DYSMORPHOPHOBIES ET CRISE JUVENILE

Elles sont très banales au cours des crises juvéniles dont elles constituent un symptôme fréquent :

1°) Peu d'adolescents s'acceptent d'emblée. Des craintes concernant le physique sont fréquemment rencontrées :

- Chez les garçons, c'est souvent la crainte d'avoir leur nez et leur menton inesthétique.

- Chez la fille, les craintes portent souvent sur des détails du visage plus fins : la coiffure, le teint, la présentation, la silhouette.

On retrouve souvent associés une certaine timidité, quelques difficultés dans les contacts sociaux. Ces difficultés cèdent en général spontanément lorsque l'adolescent parvient à assumer son nouveau schéma corporel.

2°) Au cours des crises juvéniles graves, des aspects plus inquiétants sont parfois retrouvés de gravité variable.

a - A un degré mineur, une inhibition sociale marquée, gênant les rapports avec autrui.

Une certaine crainte d'être regardé, correspondant à la peur qu'on remarque les défauts du visage.

b - A un degré de plus, il s'agit de véritables idées de référence.
"... On me regarde dans le métro, dans la rue..."

Un examen plus poussé montre que derrière ces craintes, se cachent des interprétations inquiétantes.

"... Quand on me regarde, on devine mes pensées ..." ou "... J'ai peur de montrer quelque chose de honteux, de caché en moi ..."

On retrouve aussi parfois associé la peur de sentir mauvais.

Ailleurs les craintes esthétiques se présentent comme des idées de transformation corporelle concernant le visage.

Ces états sortent du cadre des crises juvéniles. Ils font craindre en effet une évolution dissociative que nous envisagerons ultérieurement.

2.- DYSMORPHOPHOBIE ET NEVROSES

a - On n'observe pas de dysmorphophobie dans le cadre des névroses structurées.

Névrose hystérique, phobique, obsessionnelle.

Dans les cas n° 7 et n° 8, la dysmorphophobie concernant les cheveux est dans une certaine mesure, relativement motivée par la calvitie, provoquée par la compulsion à s'arracher les cheveux dans le premier cas, à se couper les cheveux dans le 2ème cas.

Elle apparaît alors comme un symptôme secondaire du tableau clinique.

b - C'est dans le cadre de la psychasthénie qu'entrent le plus souvent les craintes concernant le physique chez les sujets névrosés.

Cette insatisfaction de son propre physique entre dans le cadre des sentiments d'incomplétude, d'insatisfaction, caractérisant le psychasténique.

Ainsi :

- Le mécontentement vis-à-vis de soi est global et les craintes concernant le physique n'en sont qu'un aspect.

- Les ruminations sont diffuses et ne sont pas très accentuées. Le sujet en est préoccupé, il se sent gêné, mais le plus souvent, il finit par s'accommoder de son imperfection physique.

- Il n'y a pas de rationalisation autour de ces préoccupations. Le sujet n'explique pas ses difficultés, il les constate. On ne retrouve pas de conduites actives. Le sujet "se supporte" comme il est et ne va pas jusqu'à réclamer une intervention esthétique.

- Enfin, les préoccupations esthétiques sont variables dans le temps. Elles disparaissent en effet pendant certaines périodes. On peut les considérer comme une polarisation momentanée sur les traits du visage de l'insatisfaction, du mécontentement qui caractérisent ces sujets.

On peut pourtant être amené à voir ces sujets lors d'une phase dépressive au cours de laquelle les sentiments d'insatisfaction et d'intolérance à l'égard de leur physique s'accroissent et sont alors exprimés ouvertement.

3.- DYSMORPHOPHOBIE ET SCHIZOPHRENIE

a - Au cours de la schizophrénie, dans sa forme typique, les idées de laideur sont fréquentes, surtout au début de l'évolution. Ce qui fait leur particularité c'est :

- la relative indifférence du malade vis-à-vis de ces idées obsédantes qu'il subit passivement.

- Dans le cadre de la Schizophrénie, ces préoccupations ont le caractère de manifestations de dépersonnalisation, de sentiments d'altération du Moi personnel.

En effet, la dépersonnalisation somatique peut se localiser à toute

partie du corps, mais elle atteint avec une grande fréquence les parties du corps qui reflètent le mieux la personne. Le visage et les yeux, également changés, étranges, voire déformés et non reconnus dans une glace.

"... Monvisage n'est plus ce qu'il était autrefois..."

b - Dans les formes monosymptomatiques de schizophrénie, le diagnostic est particulièrement difficile.

Nous avons déjà envisagé les problèmes délicats qui se posent à l'adolescence, en présence d'une crise juvénile, lorsque le débordement des inquiétudes prend un caractère interprétatif.

La recherche de signes associés permettra d'orienter le diagnostic :

- baisse du rendement scolaire, professionnel
- apragmatisme
- éléments de dépersonnalisation
- troubles légers du cours de la pensée.
- perte de l'affectivité.

C'est donc à l'aide de tout le contexte clinique, de l'analyse minutieuse des signes cliniques en particulier sur la façon un peu dissociative "à froid" dont le sujet exprime ses craintes qu'on peut être amené au diagnostic de schizophrénie incipiens.

4.- DYSMORPHOPHOBIE ET PSYCHOSE MANIACO-DEPRESSIVE

- Au cours de la Mélancolie délirante, nous rappellerons les expériences délirantes primaires de transformations du corps. Les traits du visage sont parfois le thème de ces idées délirantes : "... Je me trouve quelque chose de bestial dans le visage..."

Elles entrent dans le cadre des idées d'auto-dépréciation, de ruine catastrophique.

Elles sont associées le plus souvent aux autres manifestations des délires hypochondriaques mélancoliques : délire de transformation du corps et ses organes, pouvant aller jusqu'au délire de négation.

- Aucune des observations présentées dans le travail ne semble pouvoir entrer dans ce cadre nosologique.

5.- DYSMORPHOPHOBIES ET DELIRES CHRONIQUES

- Certains sujets que nous avons décrits se présentent comme des délirants. La crainte d'avoir un trait inesthétique est en effet remplacée par la conviction absolue de la réalité de cette laideur.

Ces formes délirantes systématisées sont à rapprocher des délires hypochondriaques chroniques dans le cadre desquels elles semblent d'ailleurs entrer.

Cliniquement, il existe chez ces sujets une conviction délirante absolue de leur disgrâce physique.

- Ces idées délirantes sont de mécanisme intuitif, parfois interprétatif.

- Elles s'accompagnent de rationalisations multiples centrées sur le symptôme.

- S'y associent parfois des cénesthésies.

- Elles restent limitées, peu élaborées, sans extension importante.

Cette conviction délirante entraîne des conduites actives que nous avons déjà envisagées dans l'étude clinique.

Les conduites de revendication ne prennent jamais un caractère sthénique.

Il s'agit avant tout de revendication affective, le sujet fait des démarches, pour qu'on continue à s'occuper de lui, mais ne cherche jamais la réparation d'un dommage causé.

Sur le plan évolutif :

La conviction délirante est chronique :

- elle est inaccessible à l'abord psychothérapique du malade.

- Si le traitement médicamenteux permet au malade de prendre quelque distance par rapport à ses idées délirantes, à son angoisse, on n'assiste pas à leur disparition.

- Le délire évolue sans extension, dans un secteur limité de préoccupations esthétiques stéréotypées, sans élaborations secondaires.

Au cours de l'évolution, on note fréquemment la survenue de périodes dépressives au cours desquelles, l'idée délirante s'impose de façon obsédante accompagnée d'un vécu anxieux intense. Au cours de ces phases dépressives, des raptus suicidaires sont particulièrement à craindre.

6.- DYSMORPHOPHOBIES ET ETATS PSYCHOPATHIQUES ATYPIQUES

Dans bon nombre de cas, les éléments cliniques sont loin d'être toujours aussi nets et le diagnostic aussi tranché.

La dysmorphophobie se présente comme un symptôme isolé et le reste du tableau ne permet pas de l'intégrer dans un cadre nosologique précis :

- Il n'existe pas de traits évoquant une névrose caractérisée.
- On ne retrouve pas de signes franchement schizophréniques, en particulier pas de signes associés de dépersonnalisation et de dissociation.
- Enfin il n'existe pas de système délirant organisé autour de la dysmorphophobie.

Ainsi le symptôme reste isolé sans troubles majeurs du comportement. Tous les intermédiaires peuvent d'ailleurs exister entre la crainte d'être laid et la conviction de la réalité de la laideur.

Devant la force et le caractère inébranlable de cette conviction on est en droit de se demander s'il ne s'agit pas là d'un symptôme psychotique, même lorsque cette idée est isolée et survient sur un fond mental conservé.

Il semble qu'on puisse parler devant ces cas de "personnalités marginales".

- Leur évolution ultérieure est imprévisible :
- chez le sujet jeune, on peut craindre une évolution vers un syndrome dissociatif.
- chez le sujet plus âgé, on peut redouter une évolution vers une forme délirante chronique envisagée précédemment.

- La conviction s'accroît alors progressivement, une systématisation s'ébauche autour de l'idée prévalente.

- Dans la plupart des cas, le tableau clinique reste stable, sans aggravation. L'idée prévalente persiste, le sujet conservant une activité et une adaptation sociale précaire.

On peut toujours craindre la survenue d'une phase dépressive et d'un raptus suicidaire.

Il semble que la séparation des personnalités marginales et des formes délirantes chroniques sont un peu artificielles. En effet il est parfois difficile de les délimiter : l'aspect para-psychotique ou psychotique pouvant prédominer suivant le moment de l'histoire du sujet envisagé.

Nous concluerons ce chapitre en essayant d'établir un rapport entre ces deux dernières formes cliniques, dans lesquelles les dysmorphophobies apparaissent isolées, et l'hypochondrie dont elles semblent très proches.

1.- LA DEFINITION

Henri EY définit les idées hypochondriaques comme des "... idées délirantes d'extériorisation péjorative de l'état d'intégrité, ou de santé du corps ... Il n'y a pas d'hypochondrie sans un système d'intuitions, de convictions, croyances et jugements enracinés dans une conception et une expérience du corps malade ..."

Cette définition peut être rapprochée de celle des dysmorphophobies : insatisfaction à l'égard de son propre physique ou estimation péjorative de l'aspect esthétique du visage.

2.- SUR LE PLAN CLINIQUE

On peut établir une comparaison entre les deux grands aspects cliniques de l'hypochondrie et les deux dernières formes de dysmorphophobie que nous avons envisagées :

a - Hypochondrie mineure et dysmorphophobie névrotique

- L'anxiété morbide, projection imaginaire y domine également le tableau clinique.

- Les sujets sont entièrement absorbés par leurs préoccupations somatiques.

- Il existe également des manifestations dépressives avec des menaces et parfois des tentatives de suicide, bien que leur fréquence soit moins grande dans l'hypochondrie.

b - Délires hypochondriaques systématisés et délires chroniques à thèmes dysmorphophobiques.

Henri EY écrit dans son étude n°17 dans l'hypochondrie :

"... Le récit des troubles cénestopathiques n'est séparé du délire, s'il l'est, que par la minceur d'une métaphore, et à la préoccupation absédante seule fait défaut une nuance de plus pour être délirante. Cependant le délire, s'il ne commence pas avec sa formulation thématique, ne devient manifeste que lorsqu'il est affirmé par le sujet d'un état somatique purement imaginaire ..."

Nous avons noté cette même ambiguïté dans notre étude dans les formes de transition lorsqu'il est difficile de savoir si on est en présence d'idées prévalentes ou déjà d'idées délirantes.

3.- SUR LE PLAN PSYCHOPATHOLOGIQUE

Hypochondrie et dysmorphophobie sont des altérations de la conscience de soi.

L'hypochondrie est une altération de la conscience du corps.

La dysmorphophobie est une altération de l'image du corps.

On retrouve à leur origine les mêmes mécanismes psychogénétiques :

- le narcissisme en fournit le fond affectif,
- la projection des tendances sado-massochistes par des mécanismes d'érotisation et d'auto-punition à l'égard du corps propre.
- Enfin des mécanismes de projection de l'angoisse déplaçant sur le plan somatique des conflits inconscients.

VII - CONCLUSIONS

La dysmorphophobie peut être définie comme une insatisfaction pathologique du sujet à l'égard de son propre physique se polarisant sur un des traits marquants du visage ; s'y associe la crainte d'attirer l'attention de l'entourage sur ce défaut et de faire ainsi scandale.

1 - Des différentes observations que nous avons recueillies, nous avons essayé de rassembler un certain nombre de traits cliniques communs.

1 - Les états dépressifs sont fréquents :

- L'anxiété est au premier plan du tableau clinique exclusivement centrée sur les préoccupations esthétiques concernant le visage. Elle est disproportionnée quant à son sujet.

- S'y associe un apragmatisme important et un isolement social total.

- Les idées de suicide y sont constantes. Les raptus suicidaires au cours de paroxysmes anxieux sont fréquemment retrouvés au cours de leur évolution.

2 - Le caractère des préoccupations esthétiques

Elles concernent un des traits marquants du visage. Ce sont des idées prévalentes sur lesquelles se concentrent douloureusement toute la vie psychique. Elles s'imposent sans cesse au sujet qui les affirme avec une

conviction totale, inébranlable, envahissante, inaccessible au raisonnement.

3 - Des conduites actives sont induites par ces idées prévalentes

- Quête inlassable des moyens susceptibles d'améliorer le défaut physique invoqué.

- Informations auprès de l'entourage. Lecture de journaux spécialisés.

- Consultation de chirurgiens esthétiques.

4 - Etude globale du comportement

- Les traits narcissiques de ces sujets sont marqués :

On retrouve dès l'enfance la recherche d'un idéal de perfection physique, contrastant avec la certitude de leur laideur. Cet idéal sera par la suite constamment recherché. Jamais atteint.

- Leur comportement social est marqué par l'égoïsme, provoquant d'importantes difficultés de relation avec autrui. Leur défaut physique supposé, leur sert d'alibi pour fuir la société. Au cours des épisodes dépressifs, on assiste à un isolement complet, le sujet se confinant chez lui pour ne pas avoir à supporter le regard d'autrui sur sa laideur.

- L'immaturité affective est constante, ces sujets restent liés à des positions infantiles.

2 - SUR LE PLAN PSYCHOPATHOLOGIQUE

Nous avons dégagé quelques aspects de la psychologie profonde de ces sujets.

Les dysmorphophobies sont apparues comme un trouble de l'image de soi dont nous avons été amenés à étudier la genèse au cours de la formation du schéma corporel.

3 - Dans un dernier chapitre nous avons essayé de classer les dysmorphophobies dans le cadre de la nosologie classique.

1 - LES NEVROSES

On ne constate pas de dysmorphophobie au cours des névroses structurées.

Elles se rencontrent avec une certaine fréquence chez les psychasthéniques où elles rentrent dans le cadre d'une insatisfaction plus globale.

2 - LA CRISE JUVENILE

Elles sont assez fréquentes à l'adolescence où elles apparaissent sous forme d'insatisfaction à l'égard du visage entraînant une certaine inhibition sociale.

3 - DANS LA SCHIZOPHRENIE

Elles entrent dans le cadre des idées de transformation corporelle.

On peut les retrouver isolées dans la schizophrénie incipiens.

4 - Les dysmorphophobies se présentent parfois sous forme d'idées délirantes chroniques.

Ces formes délirantes chroniques se rapprochent des délires hypochondriaques systématisés dans le cadre desquels elles semblent d'ailleurs entrer.

5 - ETATS PSYCHOPATHIQUES ATYPIQUES

Chez certaines personnalités marginales, les dysmorphophobies se présentent isolées comme une idée prévalente sans évolution ultérieure vers un délire chronique, ou vers un état dissociatif.

Etant donné les observations qui ont été recueillies, nous nous sommes orientés vers l'aspect psychiatrique des dysmorphophobies, et nos conclusions ont été infléchies par le recrutement de ces cas.

Il serait intéressant d'avoir l'avis des chirurgiens sur le profil psychologique des femmes demandant une intervention esthétique. Il pourrait être fait un examen systématique à l'aide d'un plan codifié de renseignements qui permettrait de dégager un plus grand nombre d'éléments structuraux. Il serait ainsi possible de trouver des formes de passage entre la normalité et le pathologique.

Vu, le Président de Thèse :

Professeur J. DELAY

Vu, le Doyen de la Faculté

Professeur G. BROUET

Vu, et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE

B I B L I O G R A P H I E

- AJURIAGUERRA J. (de) - DIATKINE et GARCIA BADARACCO. -
 Psychanalyse et Neurobiologie dans la Psychanalyse d'aujourd'hui.
 Presses universitaires de France - édit - PARIS 1956.
- AJURIAGUERRA J. (de) et HECAEN. -
 Méconnaissance et Hallucinations corporelles.
 MASSON. Edit. Paris, 1952.
- ALBI. -
 Contribution à l'étude du transexualisme.
 Thèse Paris 1956.
- CAPLAN H. -
 Quelques considérations sur le concept d'images du corps dans le développement de l'enfant.
 Qua. J. Child. Beh. 1952 - 4.382.
- DIETRICH H. -
 Über dysmorphophobie (Misgestaltfurcht)
 Nervenklinik - Univ. München.
 Arch. Psychiatr-Newenken 1962.
- DOZUHKOV. -
 Le problème de la dysmorphophobie.
 Zh. Nevropat. i Psikiat. 1962 (132-137).
- EY H. -
 Etude n° 17 - Hypochondrie.
 Desclée de Brouwer. Edit. Paris 1950.

- EY H. -

Manuel de Psychiatrie.
Masson - Edit. - Paris 1960.

- EY H., AJURIAGUERRA J. (de) et HECAEN H. -

Les rapports de la neurologie et de la psychiatrie.
Hermann - édit. - Paris 1947.

- FENICHEL O. -

La théorie psychanalytique des névroses.
Presses universitaires de France, édit. Paris 1953.

- FOLLIN S., et AZOULAY S. -

Les altérations de la conscience de soi.
Encyclopédie médico-chirurgicale psychiatrie. E. 1-37 125 A 10.

- FREUD S. -

Essais de Psychanalyse.
Payot Edit. Paris - 1927.

- HELD R. -

Psychopathologie du regard.
Evolution Psychiatrique - 1952 - 1 -

- HOCH P.H. et P. DOLATIN. -

Pseudo-neurotic forms of schizophrénia.
Psychiat. Quart. 23 - 248 - (1949).

- HOCH P.H. ; and J.P. CATTEL. -

The diagnosis of pseudoneurotic schizophrénia.
Psychiat. Quart. 33-17- (1959).

- DOZHIKOV F.N. -

Le problème de la dysmorphophobie.
Z.H. Névropat. I. Psikiat. 1962 (132-137).

- HUBER G. -

La schizophrénie cénostopathique.
Portsch. Neurol. Psych. (1957) - 25.

- JANET P. -

Les obsessions et la Psychasthénie.
Alcan - édit. - Paris - 1903.

- KAAH. H. -

Der neurasthénische Angsttaffekt bei Zwangsvortellungen und der
primordiale grübelzwang.
Wien und Leipzig, Denticke, 1892.

- KOSKINA M.V. -

La portée du syndrome de dysmorphophobie.
Z. Névropat. Psikhiat. (Russ). 59 - 994 - 1.000 (1959).

- KOSKINA M.V. -

La signification clinique de syndrome de dysmorphophobie, une
des forces de schizophrénie au début.
ZH. Névropath. I. Psikhiat. (1961) - 109 - 113.

- LACAN J. -

Le stade du miroir comme formation de la fonction du JE.
Revue française de Psychanalyse. 1949 - 13, n° 3.

- LEBOVICI S. -

La relation objectale chez l'enfant.
La psychiatrie de l'enfant.
Presses universitaires de France - Edit. Paris 1961.

- LECLAIRE S. -

A propos de l'épisode psychotique que présenta l'homme aux loups
la psychanalyse - 1958.

- LEONHARD K. -

Individualtherapie und Prophylaxe der hysterischen anankastis-
chen und sensohypochondrischen Neurosen.
Gena ueb. Gustav. Fischer - 1959. -

- L'HERMITTE P. -

L'image de notre corps.
Nouvelle revue critique, édit. Paris 1939.

MALE P. -

Psychothérapie de l'adolescent.
Presses Universitaires de France. - Paris - 1962.

- MERLEAU - PONTY II. -

Phénomelologie de la perception.
Gallimard - édit. - Paris - 1945.

- MORSELLI. -

Sulla dismorfofobia e sulla talefobia.
Bil. Acad. med. (Genova). VI. 1886.

O'SPURGEON. -

Rôle de l'émotion dans les maladies de la peau.
Arch. of Derm. déc. 1949.

- REGIS et PITRES. -

Les obsessions et impulsions.
Octave Davis. - Paris 1901.

- RADO S. -

Obsessive behavior.
American Handbook of Psychiatry.
3. - New-York Basi Brodes - 1949.

- ROUBIECK J. -

Zur Psychopathologie der kosmetischen Feuler.
Besonders jener der gessehtshildung.
Psychiat. Klin. Paris, Univ. Praha. Aesthet. Med. 1960.

- SPITZ R.A. -

La première année de la vie de l'enfant.
Presses Universitaires de France. Edit. Paris - 1958.

- THOMAS A. -

L'image de mon corps.
Rev. Neurol. 1942 - 74.

- WALLOV H. -

L'évolution psychologique de l'enfant.
Colin. Edit. Paris 1947.

- ZAIDEN Z.H. -

La peau, conceptions psychodynamiques et psychopathologiques.
J. Neuro. Dis. mai 1951.

- ZAZZO R. -

Image du corps et conscience de soi.
Enfance 1948 - 1.



EDITIONS A.G.E.M.P.
8 RUE DANTE
- PARIS V° -
ODÉ 58-90